



Número: **0808886-74.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA (AUTOR)	RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
28146 620	10/02/2020 18:48	Petição Inicial	Petição Inicial
28146 632	10/02/2020 18:48	INICIAL THIAGO THAYRON M. DE SOUZA	Documento de Comprovação
28146 643	10/02/2020 18:48	Procuração	Procuração
28146 900	10/02/2020 18:48	Documento de identificação	Documento de Identificação
28146 915	10/02/2020 18:48	Declaração de hipossuficiência	Documento de Comprovação
28146 926	10/02/2020 18:48	Comprovante de Residência e Conta bancária	Documento de Comprovação
28146 933	10/02/2020 18:48	Boletim de ocorrência	Documento de Comprovação
28146 938	10/02/2020 18:48	Pedido do seguro DPVAT e Pagamento do Sinistro	Documento de Comprovação
28147 234	10/02/2020 18:48	Laudo médico e Relatório Cirúrgico	Documento de Comprovação
28146 940	10/02/2020 18:48	Admissão Hospitalar e Admissão Médica	Documento de Comprovação
28147 200	10/02/2020 18:48	Raio X da Fratura	Documento de Comprovação
28147 201	10/02/2020 18:48	Certidão Hospital de Mangabeira	Documento de Comprovação
28147 221	10/02/2020 18:48	Declaração do Proprietário e doc. do veículo_reduce	Documento de Comprovação
29564 435	31/03/2020 18:21	Despacho	Despacho

segue em anexo



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 10/02/2020 18:46:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021018463738600000027147935>
Número do documento: 20021018463738600000027147935

Num. 28146620 - Pág. 1

**EXCELENTESSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO
DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA, brasileiro, solteiro, autônomo, inscrito no CPF/MF sob nº 700.480.444-58 e Registro Geral sob o nº 3.845.681, residente e domiciliado à Rua Mendes Ribeiro, nº 16 A, Ernani Sátiro, em João Pessoa-PB, CEP: 58080-760, representado por seus advogados signatários, com escritório profissional na Rua Coronel Otto Feio da Silveira, nº 509, Pedro Gondim, João Pessoa-PB, CEP 58031-030, fone (83) 3576-8728 e endereço eletrônico: ruyrochaadvocacia@gmail.com e renanpaivaadvocacia@gmail.com, vem mui respeitosamente perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA em face de:

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

I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:

A parte autora é hipossuficiente, não possui trabalho formal, vive da renda que aufera através da realização de trabalhos eventuais como autônomo, assim, não dispõe de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem que com isso incorra em prejuízo ao seu sustento e ao de sua família.

Dessa forma, faz-se necessário conceder e desde já se requer, a concessão do benefício da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, com base no que vaticina a Lei nº 1.060/50, art. 98 e seguintes do NCPC, uma vez que o indeferimento de tal benefício impedirá a parte demandante de ter acesso à justiça. Para comprovação da situação narrada, junta-se aos autos para apreciação de Vossa Excelência, declaração feita pelo autor, afirmando-se, desde já, a veracidade do que fora subscrito.

II. DOS FATOS:

A parte autora no dia 21/06/2019, conforme consta no registro de ocorrência policial (DOC. ANEXO), sofreu acidente de trânsito, onde conduzia a Moto (marca Honda modelo XRE 300, cor preta, ano 2017, de placa QFT-2633 PB, cadastrada em nome de **Wanderson Rodrigues de Melo**, devidamente discriminada nos autos), quando tentou pegar o acesso existente na BR 230, saindo de Manaíra em João Pessoa-PB, perdeu o controle e caiu em um buraco existente no local, vindo a se machucar seriamente.

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



Posteriormente ao fato, o autor foi resgatado pelo SAMU e foi encaminhado para o Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, onde foi diagnosticado com **Fratura das Diáfises de Rádio (CID 10 S 52.4)**, conforme Laudo Médico apresentado.

Ademais, necessitou o segurado, em virtude da fratura sofrida, passar por procedimento cirúrgico de **Fratura das Diáfises de Rádio**, conforme se demonstra documentalmente, com a colocação de:

- 01 Placa e 06 Pinos como demonstra o raio X anexado nos autos.

Pois bem Excelência, em decorrência das lesões sofridas e dos fatores acima expostos, **restou a parte autora uma acentuada limitação física, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado**, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar a perna, caminhar, praticar algum exercício físico e trabalhar, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas.

A parte autora sofreu séria fratura no membro inferior esquerdo, passou por delicado procedimento cirúrgico, após buscar a reparação do dano ocasionado pelo sinistro, restou com considerável limitação física que ainda hoje lhe impede, de forma acentuada, de retomar as suas atividades normais de maneira completa. Encontra-se parcialmente debilitado, sente dores, não movimenta a perna com facilidade, sente dificuldades ao erguer, flexionar e realizar qualquer outro movimento com o membro afetado.

Consideráveis foram os prejuízos e as limitações ocasionadas em razão da fratura sofrida, **prejuízo esses que acompanham o autor até os dias atuais e que possivelmente lhe acompanhão por toda a vida**. Portanto, possuindo direito assegurado em Lei, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização junto à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**, tendo feito seu requerimento através da **COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**, atuando essa em nome daquela, intermediando os pedidos feitos em todo o país.

Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, o autor encaminhou seu pedido. Juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (**DPVAT/INVALIDEZ**), a parte autora teve seu pedido autuado com o número de sinistro **3190672547**.

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

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 10/02/2020 18:46:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021018464090200000027147947>
Número do documento: 20021018464090200000027147947

Num. 28146632 - Pág. 2

De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de **valor irrisório, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pelo autor e com a invalidez permanente que este adquiriu**. Ou seja, após análise do pedido feito administrativamente, o autor recebeu o valor de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta três reais e setenta e cinco centavos)**.

Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, **não é condizente com a previsão legal e com a seriedade da lesão sofrida**.

A parte autora permaneceu com sérias limitações desencadeadas pelas lesões ocorridas no acidente de trânsito, recebeu atendimento que constatou estas, teve acompanhamento médico, passou por procedimento cirúrgico, e mesmo assim, **restou com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar**.

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

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

Importante frisar que na tabela do seguro **DPVAT**, a porcentagem correspondente à **perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores, corresponde a 70% do capital segurado, o que totaliza a importância de R\$ 9.450,00 (nove mil e quatrocentos e cinquenta reais)**.

Ademais, tendo em vista os danos sofridos pelo autor, e os gastos referente aos tratamentos de saúde pós-cirúrgicos e medicamentos diversos, valem quantificar a indenização devida ao autor na sua totalidade de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Sendo assim, documentalmente comprovada a perda anatômica do membro afetado, e os gastos referentes aos tratamentos pós-cirúrgicos, é devido ao autor ainda 93,75% do valor referente a lesão do teto máximo, ou seja, 93,75% de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), o que totaliza aproximadamente a importância de R\$ 12.656,25 (doze mil, seiscentos e cinquenta e seis reais e vinte cinco centavos) do valor que ficou faltando em referência aos 6,25% do que foi

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



pago administrativamente, da importância de R\$ 843,75 reais (oitocentos e quarenta três reais e setenta e cinco centavos).

III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

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

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

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

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

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

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

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

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

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.”

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

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

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

- I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;*
II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e
III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia à parte autora:

“APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. PROCEDÊNCIA. SUBLEVAÇÃO DA SEGURADORA. DEBILIDADE PERMANENTE PARCIAL INCOMPLETA. CONFIGURAÇÃO. LAUDO PERICIAL CONCLUSIVO. PROVA SATISFATÓRIA. INDENIZAÇÃO FIXADA DE ACORDO COM O GRAU DE INVALIDEZ. OBSERVÂNCIA AO ART. 3º, § 1º, DA LEI N° 6.194/74 E A SÚMULA N° 474, DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, PAGAMENTO ADMINISTRATIVO REALIZADO. COMPROVAÇÃO. DEDUÇÃO DO VALOR FIXADO À TÍTULO DE INDENIZAÇÃO. OBSERVÂNCIA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS ARBITRADOS CONFORME ART. 85, § 2º, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. MANUTENÇÃO DA SENTença. DESPROVIMENTOS DO RECURSO. O art. 3º, § 1º, da Lei n° 6.194/74, incluído pela Lei n° 11.945/09, impôs a necessidade de verificação da graduação da lesão decorrente do sinistro para fins de quantificação da indenização devida a título de seguro DPVAT – A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez, nos termos da Súmula n° 474, do Superior Tribunal de Justiça – Restando demonstrado que o pagamento administrativo realizado pela seguradora não está em conformidade com o grau de invalidez comprovado nos autos, imperioso se torna a complementação da

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



quantia paga, devidamente estabelecida na sentença de origem. (TJPB – ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo N° 00206466320148152001, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES. FREDERICO MARTINHO DA NÓBREGA COUTINHO, j. em 26/03/2018).

(TJ-PB – APL: 00206466320148152001 0020646-63.2014.815.2001, Relator: DES. FREDERICO MARTINHO DA NÓBREGA COUTINHO, Data de Julgamento: 26/03/2018, 4ª Vara Cível). ”

Vejamos, também:

“APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. FRATURA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DEBILIDADE PERMANENTE. INVALIDEZ PARCIAL INCOMPLETA. PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO. REDUÇÃO DA INDENIZAÇÃO. DESCONTO DO IMPORTE PAGO NA VIA ADMINISTRATIVA. CONDENAÇÃO NO SALDO RESTANTE. REFORMA DA SENTENÇA EX OFFICIO, APENAS PARA ADEQUAR JUROS DE MORA E CORREÇÃO MONETÁRIA.

APELAÇÃO DESPROVIDA. – Em se tratando de indenização de seguro obrigatório DPVAT, deve ser aplicada a lei em vigor à época do sinistro, no caso a Lei n° 11.945/09, restando inequívoco, pois à luz de tal disciplina, que a perda parcial da função deambulatória e outros movimentos da perna configuram invalidez permanente parcial incompleta, autorizando a aplicação proporcional da indenização, de acordo com o grau da lesão, nos termos do artigo 3º, § 1º, inciso II, da Lei n° 6.194/74. – ‘Na ação de cobrança visando a complementação do seguro DPVAT, o termo inicial da correção monetária é a data do evento danoso’ 1. Por sua vez, ‘Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação’. (TJPB – ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo N° 0000205692014815051, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES JOÃO ALVES DA SILVA, j. em 17-03-2016).

(TJ-PB – APL: 00002056920148150511 0000205-69.2014.815.0511, Relator: DES JOAO ALVES DA SILVA, Data de Julgamento: 17/03/2016, 4ª CIVEL)”

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

Súmula 474

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



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

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

ANEXO

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

Danos Corporais Totais	Percentual da Perda
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentual da Perda
Repercussões em Partes de Membros Superiores e	

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



Inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores; Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	70
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar; Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	25
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão; Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentual da Perda
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

Ante o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de complementação de indenização do seguro DPVAT à parte autora, **montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e realização de eventual perícia médica.** Ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

IV. DOS PEDIDOS:

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

4.1. Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



prejuízo do seu sustento ou de sua família, os benefícios da assistência judiciária gratuita;

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

4.3. Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que em conjunto com os documentos carreados aos autos, se quantifique o real valor devido ao autor a título de indenização DPVAT;

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

- 4.4.1. Que se declare devida à parte autora o pagamento da **complementação de indenização** correspondente ao seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, no valor de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, menos o valor pago administrativamente, qual seja, **R\$ 843,75 reais (oitocentos e quarenta três reais e setenta e cinco centavos)**, totalizando assim, ao final, a importância de **R\$ 12.656,25 (doze mil, seiscentos e cinquenta e seis reais e vinte cinco centavos)**;
- 4.4.2. Condenar a ré ao pagamento de complementação de indenização referente ao seguro DPVAT, com atualização monetária desde o evento danoso, no valor de **R\$ 12.656,25 (doze mil, seiscentos e cinquenta e seis reais e vinte cinco centavos)**;
- 4.4.3. Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;

4.5. Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

Dá se a causa o valor de R\$ 12.656,25 (doze mil, seiscentos e cinquenta e seis reais e vinte cinco centavos)

Termos em que,
pede deferimento.

João Pessoa-PB, 02 de Fevereiro de 2020.

RUY NEVES AMARAL DA ROCHA
OAB/PB 23.263

RENAN DE CARVALHO PAIVA
OAB/PB 21.393

 83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE(S):

Thiago Thayron Marques de Souza, brasileiro, solteiro, autônomo, residente do RG: 3.845.683 e CPF 700.180.444-58, residindo e domiciliado na Rua Mendes Ribeiro, nº 36 A, Bairro Bonfim Sítio.

OUTORGADOS: RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA, OAB/PB, nº 23.263; FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO, OAB/PB nº 22725 com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "*ad iudicia et extra*", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudos e prontuários médico, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrora, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015. Requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT.

João Pessoa - PB, 07 de Fevereiro de 2020.

Thiago Thayron Marques de Souza
OUTORGANTE

83 3576-8728 / 98855-1045 / 987088728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 10/02/2020 18:46:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002101846453600000027147964>
Número do documento: 2002101846453600000027147964

Num. 28146900 - Pág. 1

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA COM PEDIDO DE JUSTIÇA GRATUITA

Pela presente e na melhor forma de direito,
Thiago Teixeira Marques de Souza, brasileiro(a), estado
civil: sóteiro, profissão: autônomo, portador
da cédula de identidade RG nº 3.845.683, inscrito no CPF sob o nº
400.480.444-58 residente e domiciliado na Rua
Mendes Ribeiro, nº 36 A, Bairro Sávio,
para os fins específicos do beneplácito previsto no inciso LXXIV, do artigo 5º da
Constituição Federal, c/c a Lei nº 1.060/50, artigo 1º da Lei nº 7.115/83 e nos
termos do artigo 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil),
DECLARA, sob as penas da lei, não ter condições financeiras de arcar com custas
e despesas processuais, sem prejuízo do próprio sustento e de sua família, razão
pela qual requer o deferimento da concessão dos benefícios da JUSTIÇA
GRATUITA. Requeiro, ainda, que o benefício abranja todos os atos do processo.

João Pessoa-PB, 07 de fevereiro de 2020.

Thiago Teixeira Marques de Souza
DECLARANTE

Scanned by CamScanner



Documento com valor fiscal.
Documento não é aceito à vista de conta.
Reclame para melhorias, pagando sua fatura na loja autorizada Energisa ou no site: N° 037.601.490



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Inscrição Estadual 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES SOARES DE SOUSA
RUA MENDES RIBEIRO 16 A
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/585874-1

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JAN/2020

20/01/2020

135

27/01/2020

R\$ 117,39

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 31/01/2020

Pagador: MARIA DE LOURDES SOARES DE SOUSA CNPJ/CPF: 508.898.344-15

RUA MENDES RIBEIRO 16 A - ERNANI SATIRO - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008227762	000585874202001	27/01/2020	R\$ 117,39	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 10/02/2020 18:46:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021018465019600000027148140>
Número do documento: 20021018465019600000027148140

Num. 28146926 - Pág. 2



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 12512019, na mesma continha o seguinte teor: segunda-feira, 25 de novembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 8:30 horas, compareceu o Sr. Thiago Thayron Marques de Souza, portador da cédula de identidade nº 3845681 Seds-PB, CPF nº 700.480.444 - 58, brasileira, natural de João Pessoa/PB, solteiro, com 25 anos de idade, filho de pai não declarado e de Maria da Paz Marques de Souza, Motoboy, residente à rua Mendes Ribeiro nº 16, conjunto Ernani Sátiro, nesta capital, o qual notificou que, No término da tarde do dia 21 de junho do ano de 2019, por volta das 17:45 horas aproximadamente, se conduzia na motocicleta Honda XRE 300, ano e modelo 2017b, cor preta, placa QFT 2633/PB, chassi nº 9C2ND1110HR011789, cadastrada em nome de Wanderson Rodrigues de Melo e, quando tentou pegar o acesso ao viaduto existente na BR 230, saindo de Manaíra, após cair em um buraco ali existente, perdeu o controle e sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar Mangabeira, onde foi identificado Fratura diafisária do rádio esquerdo, e submeteu - se a procedimento cirúrgico, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

João Pessoa, 25 de novembro de 2019.

Thiago Thayron Marques de Souza





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

700 480 444-58 Thiago Thayron Marques de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 700 480 444-58

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Ricardo Rua Menderes Ribeiro 46 A casa

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 58080-460

Centro São Paulo DB

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 08108-0728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 64950 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 30 - Vítima teve nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO 34 - *Assinatura digitalizada* 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data: *Jean Pessoa 05/12/2019*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Thiago Thayron Marques de Souza*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190672547

Vítima: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

Data do Acidente: 21/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000064950-8

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, retorno 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





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, VANDERSON RODRIGUES DE MELO,
RG nº 3 516 600, data de expedição 18/01/2013
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 086 493 214 61,
com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA: SANTO ANTONIO, nº 96,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Tiago Thayron Marques de Souza, cujo o condutor era
Tiago Thayron Marques de Souza.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA/XRE 300 Ano: 2017
Placa: QFT 2633 Chassi: 9C2ND1110HR011789
Data do Acidente: 21/06/2019

Local e Data: 13/08/19

Vandereson Rodrigues de Melo

Assinatura do Declarante

Tiago Thayron Marques de Souza

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



Scanned by CamScanner



PB Nº 014798853115		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
		EXPIRAÇÃO	DATA EMISSÃO
		2019	25/04/2019
VIA	CPF/CNPJ	PLACA	
1	08649321461	QFT2633/PB	
ANO FAB: 2017 SAT TAN: 9 N° CHASSI: 9C2ND1110HR011789			
PRÉMIO TARIFÁRIO			
VALOR:	DESEJADO:	VALOR DE SEGURO:	
*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	R\$ 0,00	VALOR DA COBERTURA:	
*****	SEGURO	PAGO	
PAGAMENTO:		DATA DE OBRAÇÃO:	
S/COTA ÚNICA	DARCILOBO	24/04/2019	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.348.508/0001-04			
35734-1047340-20190425			

Scanned by CamScanner



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

Ficha Nr: 239191 Atd: Nao Regulac
Data: 21/06/2019
Hora: 18:43:09
Repcionista: MARILENE AUGUSTO FERNA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 2
Nome: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA Num. Prontuario: 2018.02.002483
CNS: 898001242812212 Sexo: M IDENTIDADE: 3845681 Fone: 987661761
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/10/1994 Id: 24 ano(s)
End.: RUA CICERO BENTO SOBRINHO, 1115
Bairro: JOAO PAULO II Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: MARIA DA PAZ MARQUES DE SOUZA Pai: NAO DECLARADO
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: MECANICO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: PRIMEIRO GRAU COMPLETO
Resp.: TIO-WALACY
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

1346835

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: MOTO X XCARRO RX AO RETAO

V. = za de violência por: CONDUTOR/ESTAUA TRABALHANDO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação do Biscoito

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito	
Queixa Principal		Observacao	

→ URNA MODERATA; con forme come le brughiere
e leccos arpi e sorgenti

História - Exame Física - (hora do atendimento médico)

com 743 primeiro Atencante - Sócio VIST 24

\propto Brug \propto ρ^2 \propto μ^2

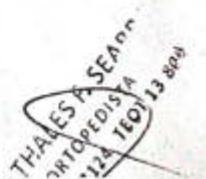
Diagnóstico

Prescrição

~~- Pausa na operação
Horário da medicacão~~

Dr. Wesley Pereira da Silveira
Médico Residente Ortopedista
CRM/PB 9273

FUNDA FICHA DO MUNICO (E)



Scanned by CamScanner





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Thiago Thayn Marques de Souza Data da Admissão: 21/06/19
Prontuário: _____ Cidade: _____ Infermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

QPD: Dor no antebraço

HDA: Fratura Difrassaria de Rótulo

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []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 []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Loreto

meles

Thiago Dreyher
n.º 350
Jd. Serrinha
6º Bloco
Fazenda
Professores
Médio F, com

D.
Assinatura e Carimbo
CRM-PB 5399
CRM-PE 14654
SBOT 987

Scanned by CamScanner





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Fábio P. Ruyan</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	1º Assistente: <i>Dra. Renata</i>			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista: <i>Dra. Sérgia</i>	Tipo Anestesia: <i>OPB</i>	Horário: I: T:			

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

fut. ut grande

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O menor

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

A cir conf.

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
 2 () Não

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
 2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico

Scanned by CamScanner





CERTIDÃO

Nº. 1636/2019

Atendendo solicitação de **RENAN DE CARVALHO PAIVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº239191 e Prontuário N° 2018.02.2483 pertencentes ao paciente **THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA** foi atendido dia 21/06/2019 às 18h43min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em membros inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura diafisaria do radio esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 06/07/2019. Com alta médica dia 07/07/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de setembro de 2019

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3533

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 10/02/2020 18:47:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021018470464000000027148165>
Número do documento: 20021018470464000000027148165

Num. 28147201 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 10/02/2020 18:47:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002101847068000000027148535>
Número do documento: 2002101847068000000027148535

Num. 28147221 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0808886-74.2020.8.15.2001

DESPACHO

Defiro os benefícios da Assistência Judiciária Gratuita.

Vistos, etc.

1. De acordo com o art. 334 do CPC-15, estando a petição inicial em termos e não sendo o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação/mediação, buscando, desta forma, a justa composição da lide pelos próprios atores do drama processual.
2. Entretanto, começa a ganhar corpo a ideia de que a audiência conciliatória vem sendo desvirtuada como instrumento procrastinatório, principalmente nas "ações de massa", em cujo âmbito as instituições financeiras envolvidas muito dificilmente se propõem a uma agenda conciliatória, criando "precedentes" no tema debatido em juízo, conforme se expõe em: <<http://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI252902,81042-A+audiencia+previa+de+conciliacao+do+NCP>>. Acessado em: 06/08/18.
3. Assim sendo, atento ao princípio constitucional da razoável duração do processo e levando em conta a constatação empírica de que a autocomposição, nesse tipo de demanda, tem se mostrado ínfima, dispenso a audiência (preliminar) conciliatória, sem prejuízo da autocomposição, em qualquer fase do *iter* processual.

ISTO POSTO,

4. CITE-SE a parte ré para os termos da ação. Prazo para defesa: 15 dias.
5. Oferecida a defesa, à IMPUGNAÇÃO, em igual prazo.

Int. necessárias.

João Pessoa, 31 de março de 2020

Juiz Manuel Maria Antunes de Melo

Titular - 12ª Vara Cível



Assinado eletronicamente por: MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO - 31/03/2020 18:21:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20033118015715100000028457429>
Número do documento: 20033118015715100000028457429

Num. 29564435 - Pág. 1

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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672547

Vítima: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

Data do Acidente: 21/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

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



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, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672547

Vítima: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

Data do Acidente: 21/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

Em razão da falta de apresentação do(a) Documentos Médicos, não foi possível verificar a relação entre as lesões permanentes e o acidente de trânsito relatado. Assim, a vítima deverá apresentar o documento acima indicado e outros que contribuam para esclarecer a relação entre as suas lesões permanentes e o acidente, tais como os listados abaixo:

Boletim do primeiro atendimento médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar.

Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial.

Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672547

Vítima: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

Data do Acidente: 21/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

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, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190672547

Vítima: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

Data do Acidente: 21/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
----------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190672547

Vítima: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

Data do Acidente: 21/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001033**

Conta: **0000064950-8**

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, retorno 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: **300 480 444-58** 3 - CPF da vítima: **4 - Nome completo da vítima:** *Thiago Thayon Marques de Souza*

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

5 - Nome completo: <i>Thiago Thayon Marques de Souza</i>	6 - CPF: 300 480 444-58		
7 - Profissão: <i>Ricardo</i>	8 - Endereço: <i>Rua Menderes Fabrício</i>	9 - Número: 96 A	10 - Complemento: <i>casa</i>
11 - Bairro: <i>Centro</i>	12 - Cidade: <i>João Pessoa</i>	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58080-460
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDO): 98708-0738	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1033**

(Informar o dígito se existir)

CONTA: **64950**

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (velho/velha)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário (não substituir)	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data: <i>Jean Pessoa 03/12/2019</i> Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA



6277 8015 3323 2736

0421

TITULAR: THAYRON DE SOUZA
DATA DE VENCIMENTO: 06/2024

elo



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA
DEFESA SOCIAL
8^a DELEGACIA DISTRITAL,



CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 12512019, na mesma continha o seguinte teor: segunda-feira, 25 de novembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8^a Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 8:30 horas, compareceu o Sr. Thiago Thayron Marques de Souza, portador da cédula de identidade nº 3845681 Seds-PB, CPF nº 700.480.444 - 58, brasileira, natural de João Pessoa/PB, solteiro, com 25 anos de idade, filho de pai não declarado e de Maria da Paz Marques de Souza, Motoboy, residente à rua Mendes Ribeiro nº 16, conjunto Ernani Sátiro, nesta capital, o qual notificou que, No término da tarde do dia 21 de junho do ano de 2019, por volta das 17:45 horas aproximadamente, se conduzia na motocicleta Honda XRE 300, ano e modelo 2017b, cor preta, placa QFT 2633/PB, chassi nº 9C2ND1110HR011789, cadastrada em nome de **Wanderson Rodrigues de Melo** e, quando tentou pegar o acesso ao viaduto existente na BR 230, saindo de Manaíra, após cair em um buraco ali existente, perdeu o controle e sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar Mangabeira, onde foi identificado Fratura diafisária do rádio esquerdo, e submeteu - se a procedimento cirúrgico, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

Everaldo Martins da Costa
Escrivão de Polícia Civil

João Pessoa, 25 de novembro de 2019.

Thiago Thayron Marques de Souza

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: **300 480 444-58** 3 - CPF da vítima: **4 - Nome completo da vítima:** *Thiago Thayon Marques de Souza*

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

5 - Nome completo: <i>Thiago Thayon Marques de Souza</i>	6 - CPF: 300 480 444-58		
7 - Profissão: <i>Ricardo</i>	8 - Endereço: <i>Rua Menderes Fabreiro</i>	9 - Número: 96 A	10 - Complemento: <i>casa</i>
11 - Bairro: <i>Centro</i>	12 - Cidade: <i>João Pessoa</i>	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58080-460
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDO): 98708-0738	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **1033**

(Informar o dígito se existir)

CONTA: **64950**

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

22 - 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 Lider 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (não identificada)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data: *Jean Pessoa 03/12/2019*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA



6277 8015 3323 2736

0421

TITULAR: THAYRON DE SOUZA
DATA DE VENCIMENTO: 06/2024

elo

RA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 239191 Atd: Nao Regulac
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 21/06/2019
ENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 18:43:09
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Repcionista: MARILENE AUGUSTO FERNA
FAX: () - CNPJ: Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 2
Nome: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA Num. Prontuario: 2018.02.002483
CNS: 898001242812212 Sexo: M IDENTIDADE: 3845681 Fone: 987661761
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 15/10/1994 Id: 24 ano(s)
End.: RUA CICERO BENTO SOBRINHO,1115
Bairro: JOAO PAULO II Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: MARIA DA PAZ MARQUES DE SOUZA Pai: NAO DECLARADO
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: MECANICO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: PRIMEIRO GRAU COMPLETO
Resp.: TIO-WALACY
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA 1346835

Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: MOTO X XCARRO PX AO RETAO
Vitima de violencia por: CONDUTOR/ESTAVA TRABALHANDO
 Caso Policial

PRE-CONSULTA		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
Tipo de Classificação de Risco:			
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
PC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito	
Queixa Principal		Observacao	

istoria - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

comics - primero atendido - S00000124
- Ax-Bronx-Excepcional
- Ax pt ^{Conducta} Oympwz

prescrição

exames

Farmácia FÁCIL DA RUA

Dr. Wesley Pereira da S.
Médico Residente Ortopedista
CRM PE 9273

- Prescrição
Horário da medicação

DATA: 05/06/2013
HORA: 11:00 AM

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: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 00000064950-8

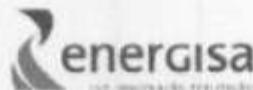
Nr. da Autenticação 44BAAFD88C4502AD

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Serviço para simples pagamento da sua fatura de energia elétrica - N° 029.839.175



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES SOARES DE SOUSA
RUA MENDES RIBEIRO 16 A
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/585874-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	20/08/2019	71	27/08/2019	R\$ 64,52

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 22/08/2019				
Pagador: MARIA DE LOURDES SOARES DE SOUSA CNPJ/CPF: 508.898.344-15				
RUA MENDES RIBEIRO 16 A - ERNANI SATIRO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 31502440000224170	Nr Documento 000585874201908	Data Vencimento 27/08/2019	Valor do Documento R\$ 64,52	Valor Pago
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				09.095.183/0001-40
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda-via de conta.
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 036.043.167



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE LOURDES SOARES DE SOUSA
RUA MENDES RIBEIRO 16 A
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/585874-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2019	19/12/2019	49	27/12/2019	R\$ 41,67

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/01/2020				
Pagador: MARIA DE LOURDES SOARES DE SOUSA CNPJ/CPF: 508.898.344-15 RUA MENDES RIBEIRO 16 A - ERNANI SATIRO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 31502440007842643	Nº Documento 000585874201912	Data Vencimento 27/12/2019	Valor do Documento R\$ 41,67	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				09.095.183/0001-40

TELENE PARA CONTATO : (83) 98855-1045

CERTIDÃO

Nº. 1636/2019

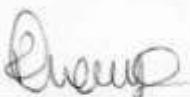
Atendendo solicitação de **RENAN DE CARVALHO PAIVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº239191 e Prontuário N° 2018.02.2483 pertencentes ao paciente **THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA** foi atendido dia 21/06/2019 às 18h43min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em membros inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura diafisaria do radio esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 06/07/2019. Com alta médica dia 07/07/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de setembro de 2019

Rossana de Fátima de A. Barbosa
Médica de Vigilância à Saúde
CRM-PB - 3533



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 21/06/13

Nome: Thiago Thayn Ferreira de Souza Idade: _____

Prontuário: _____ Clínica: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / / /

QPD: Doenças Artrite

HDA: Fratura Diáfiseária de Rótulo

Dr. THALES F. SEabra
MÉDICO CRM-7124
ORTOPEDISTA

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudoesc []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 []Soluço []Regurgitação []Hematêmesis []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Fábio Ruyan</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<u>Dr Fábio</u>		1º Assistente:	<u>Dr Renato</u>
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:	<u>Dr Sérgio</u>	Tipo Anestesia: <u>DP3</u>		Horário:	I: _____ T: _____

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Feb. ut gradi

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

Ourn

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Ab cir c/fix

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 () Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 () Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Laud

me seu

Thiago Preyser
n.º 557
Jd. Suape
66100-000
e 18 apt. com
fazenda de
professores
residio E, casa

Assinatura e Carimbo
-FB 5335
CRM-PE 14824
SBOT 98

was in place
at Beecher.

-10:552.5

25/10/19

Licen. 7.393 de 29.11.15 (Inscrito 01.090.02.17.06.00)

IDENTIDADE N° 004481

DATA EXP.: 27/02/2019

VALIDADE 27/02/2020



POLEGAR DIREITO



ASSINATURA DO TITULAR

Thiago Hayron Marques de Souza

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLÓGIA

CONSELHO REGIONAL 16º REGIÃO

E00169

NOME: THIAGO HAYRON MARQUES DE SOUZA
FILIACAO:

MARIA DA PAZ MARQUES DE SOUZA

DATA NASC.: 15/10/1994

NATURAL: JOÃO PESSOA/PB

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

CPF: 000.488.444-58

CART. IDENT. N°: 3.845.681

ORG. EXP.: SSD/PB

PONTAINA DE ARAUJO SILVA

DIRETOR PRESIDENTE

CEDEDULA DE IDENTIDADE PROFISSIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE		DETTRAN - PB	Nº 014798853115
CERTIFICADO DE REGISTRO E ENHOLAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. PERNAMBUCO	BAHIA	PERÍODO
1	0114191180-6	00/00000000	2019
NOME VANDERSON RODRIGUES DE MELO			
CPF / CNPJ		PLACA	
08649321461		QFT2633/PB	
PLACA ANT. / UF	PB	CHASSIS	
NOVO		9C2ND1110HRC011789	
ESPECIE / TIPO PAS / MOTOCICLETA / NÃO APTIC		COMBINANTE A1000/CA100	
MARCA / MODELO HONDA/XRE 300		ANO FAB.	ANO MOD.
CAR. P/ROT / CL 2 P/291 /CI		CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE PRETA
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VENC. / COTAS
I	00/00/0000	1 ^o	
P		2 ^o	
V	FADA / PVA	PARCELAMENTO / COTAS	3 ^o
A	0		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IPF (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
***** * SEGURO		PAGO	24/04/2019
OBSERVAÇÕES			
A.F BV FINANCEIRA S.A.			
JOÃO PESSOA - PB		DATA	
9999999		25/04/2019	
		35734	

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

PB Nº 014798853115 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	DATA EMISSÃO
		2019	25/04/2019
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	08649321461	QFT2633/PB	
CÓD. PERNAMBUCO		MARCAS / MATERIAIS	
0114191180-6 HONDA/XRE 300			
ANO FAB.	SEL. INSTR.	Nº CHASSIS	
2017	9	9C2ND1110HRC011789	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
IPF (R\$)		IPF (R\$)	CUSTO DO BILHETE (R\$)
*****		*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IPF (R\$)	TAXAS E OUTROS VALORES (R\$)
*****		SEGURO	PAGO
PAGAMENTO			
S COTA UNICA		PARCELA	DATA DE QUADRAM
			24/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.608/0001-04

35734-1047340-20190425

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190672547**

Nome do(a) Examinado(a): **THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Mendes Ribeiro, 16 A - João Pessoa - PB - CEP 58080-760

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3845681**

Data e local do acidente: [**21/06/2019**] **Bairro de Manaíra João Pessoa PB**

Data e local do exame: [**27/01/2020**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura de rádio esquerdo.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no antebraço esquerdo distal, limitação de mobilidade do punho esquerdo com perda de 25% de mobilidade e deficit de força motora do referido punho.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos, fez várias sessões de fisioterapia.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Apresenta limitação de mobilidade articular e deficit de força motora do punho esquerdo.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho esquerdo.

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

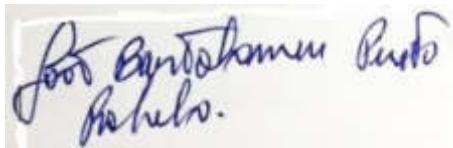
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____

VÍTIMA _____

DATA DO ACIDENTE _____

CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: () VÍTIMA

() REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTE ESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

E-MAIL _____

TELEFONE: () _____ BARRIO _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

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

- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DOS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - * MORTE = R\$ 115.000,00
 - * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 5.194/74.
 - * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REIMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REIMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVAT.SEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGU GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA:
DATA _____

DATA _____

DATA _____

DATA _____

DATA _____

DATA _____

IDENTIDADE _____

IDENTIDADE _____

IDENTIDADE _____

IDENTIDADE _____

NOME _____

NOME _____

NOME _____

NOME _____

ASSINATURA _____



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190672547 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO THAYRON MARQUES DE **Data do acidente:** 21/06/2019 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO SOUZA BRASIL S. A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura de rádio esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no antebraço esquerdo distal, limitação de mobilidade do punho esquerdo com perda leve de mobilidade e deficit de força motora do referido punho.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos, fez várias sessões de fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/01/2020

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429219/19

Vítima: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

CPF: 700.480.444-58

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/06/2019

Titular do CPF: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA : 700.480.444-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/12/2019
Nome: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA
CPF: 700.480.444-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/12/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0429219/19

Número do Sinistro: 3190672547

Vítima: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

CPF: 700.480.444-58

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/06/2019

Titular do CPF: THIAGO THAYRON MARQUES DE SOUZA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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