



Número: **0803935-37.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                            |                    | Procurador/Terceiro vinculado                 |                   |
|-----------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------|-------------------|
| ANTONIO FERREIRA DA SILVA (AUTOR) |                    | ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO) |                   |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU)        |                    |                                               |                   |
| Documentos                        |                    |                                               |                   |
| Id.                               | Data da Assinatura | Documento                                     | Tipo              |
| 33913<br>122                      | 02/09/2020 17:14   | <a href="#">2747732_CONTESTACAO_Anexo_02</a>  | Outros Documentos |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 16 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190517828      Vítima: ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 12/10/2018      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 13/07/2019, emitido pelo Dr. CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA CRM nº 3137 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01725/01726 - carta\_31 - INVALIDEZ

00010863



Carta nº 14775551





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190517828

Vítima: ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 12/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO FERREIRA DA SILVA

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

Carta nº 14920604





|                            |                    |                              |                                                          |                                |
|----------------------------|--------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima: | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 0307G33/39                 | 395.903.054-15     | Antonio Ferreira de Silva    |                                                          |                                |

|                    |  |                                  |  |                           |  |             |  |                   |  |                |  |
|--------------------|--|----------------------------------|--|---------------------------|--|-------------|--|-------------------|--|----------------|--|
| 5 - Nome completo: |  |                                  |  | Antonio Ferreira de Silva |  |             |  | 6 - CPF:          |  | 345.903.054.15 |  |
| 7 - Profissão:     |  | 8 - Endereço:                    |  |                           |  | 9 - Número: |  | 10 - Complemento: |  |                |  |
| N Intermou         |  | Jornalista Jose Romelino de Lima |  |                           |  | 29          |  | CASA              |  |                |  |
| 11 - Bairro:       |  | 12 - Cidade:                     |  | 13 - Estado:              |  | 14 - CEP:   |  |                   |  |                |  |
| Fleume             |  | Pau Pereira                      |  | PB                        |  | 59069425    |  |                   |  |                |  |
| 15 - E-mail:       |  |                                  |  |                           |  |             |  |                   |  |                |  |

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

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

**Autorizo** a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente | <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: |
|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|

|                                       |                                                                                              |                                                                   |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

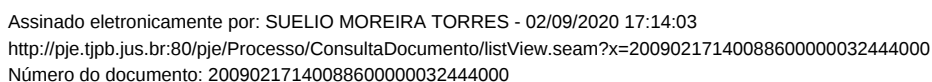
|                          |                                                              |                                                  |                                            |                                                              |                          |                                                              |                                                  |                                     |                                                              |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 28 - Vitima teve filhos? | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vitima deixou nascituro (vai nascer)? | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | 31 - Vitima teve irmãos? | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vitima deixou pais/avós vivos? | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento em nome da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

|                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>34</p> <p>Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado</p> <p>35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido</p> | <p>38 - 1ª   Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p> <p>Assinatura da testemunha</p> <p>39 - 2ª   Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p> <p>Assinatura da testemunha</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

40 - Local e Data, foras Paredes 05-09-2019  
António Ferreira da Silva.  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)







POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



**DADOS DO ACIDENTE**

|                                                                                          |                                                                                   |                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Nº BOAT<br><b>0736 - 2018</b>                                                            | Responsável pelo Levantamento do Acidente:<br><b>CLEODON CARLOS FERREIRA NETO</b> | Posto/Graduação:<br><b>SD/PM</b>                   |
| Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia:<br><b>Rua Diógenes Chianca</b> | Hora<br><b>12:30</b>                                                              | Bairro<br><b>Água Fria</b>                         |
| Município:<br><b>João Pessoa</b>                                                         | U F<br><b>PB</b>                                                                  |                                                    |
| Data da Ocorrência<br><b>12/10/2018</b>                                                  | Dia da Semana<br><b>Sexta-feira</b>                                               | C/S Vitima (QT)<br><b>Com/01</b>                   |
| Tipo de Acidente<br><b>Col. Lateral</b>                                                  | Tipo de pavimento<br><b>Asfalto</b>                                               | Condições da Pista<br><b>Seca</b>                  |
| Condições do Tempo<br><b>Bom</b>                                                         | Envolvidos no acidente (Quantidade)<br><b>02 veículos</b>                         | Controle do tráfego<br><b>Sinalização vertical</b> |

**CONDUTOR 01**

|                                                                                                       |                                                   |                                        |                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------|
| Nome<br><b>José Almir Campos</b>                                                                      | Sexo<br><b>Masculino</b>                          | Nascimento<br><b>30/10/1979</b>        | RG<br><b>2272192/PB</b>    |
| Endereço<br><b>Rua Golfo de Bengala, 170, Ap. 101, Intermares, Cabedelo, PB – Tel.(083)98846-1339</b> |                                                   |                                        |                            |
| 1ª Habilitação<br><b>06/07/2007</b>                                                                   | Categoria<br><b>AE</b>                            | Registro CNH N.º<br><b>04136232977</b> | U.F.<br><b>RJ</b>          |
| Ex.méd./Dia<br><b>Sim</b>                                                                             | Data Vencimento<br><b>27/03/2021</b>              | Usava cinto<br><b>Sim</b>              | Usava Capacete<br><b>-</b> |
| Exame de Embriaguez Alcoólica<br><b>Sim(0,00 mg/l)</b>                                                | Destino do Condutor<br><b>Permaneceu no local</b> |                                        |                            |

**VEÍCULO 01**

|                                                                  |                                   |                                |                                      |                                       |                   |
|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------|
| Marca/Modelo<br><b>Fiat Pálio</b>                                | Espécie<br><b>Automóvel</b>       | Placa<br><b>PFW 8141</b>       | Categoria<br><b>Particular</b>       | Município<br><b>Vertente do Lênio</b> | U.F.<br><b>PE</b> |
| Nome do Proprietário<br><b>Alba Aparecida Campos Martins</b>     |                                   |                                |                                      |                                       |                   |
| Seguradora<br><b>DPVAT</b>                                       | Bilhete Nº<br><b>013815785234</b> | Renavan Nº<br><b>491589190</b> | Data da Emissão<br><b>23/03/2018</b> |                                       |                   |
| Condições do Veículo Antes do Acidente<br><b>Nada constatado</b> |                                   |                                |                                      |                                       |                   |

**VERSÃO DO CONDUTOR 01**

Condutor declarou que: trafegava na via "A", sentido José Américo – BR230 e que, o V2, que transitava atrás do V1, ultrapassou seu veículo pela direita vindo a colidir na lateral do mesmo.

**CONDUTOR 02**

|                                                                                                |                                                                |                                        |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------|
| Nome<br><b>Antônio Ferreira da Silva</b>                                                       | Sexo<br><b>Masculino</b>                                       | Nascimento<br><b>28/07/1964</b>        | RG<br><b>980586/PB</b>       |
| Endereço<br><b>Rua Jornalista José Ramalho, 29, Colinas do Sul II, PB – Tel.(083)988124254</b> |                                                                |                                        |                              |
| 1ª Habilitação<br><b>22/12/1986</b>                                                            | Categoria<br><b>AD</b>                                         | Registro CNH N.º<br><b>03360966598</b> | U.F.<br><b>PB</b>            |
| Ex.méd./Dia<br><b>Sim</b>                                                                      | Data Vencimento<br><b>17/07/2019</b>                           | Usava cinto<br><b>-</b>                | Usava Capacete<br><b>Sim</b> |
| Exame de Embriaguez Alcoólica<br><b>Não</b>                                                    | Destino do Condutor<br><b>Socorrido ao Hospital Ortotrauma</b> |                                        |                              |

**VEÍCULO 02**

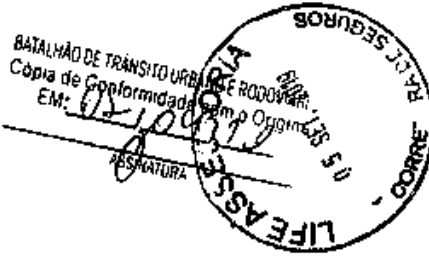
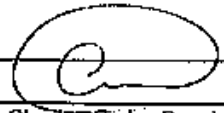
|                                                                  |                                    |                                   |                                      |                                 |                   |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| Marca/Modelo<br><b>Honda Titan</b>                               | Espécie<br><b>Motocicleta</b>      | Placa<br><b>MOT 5094</b>          | Categoria<br><b>Particular</b>       | Município<br><b>João Pessoa</b> | U.F.<br><b>PB</b> |
| Nome do Proprietário<br><b>Antônio Ferreira da Silva</b>         |                                    |                                   |                                      |                                 |                   |
| Seguradora<br><b>DPVAT</b>                                       | Bilhete Nº<br><b>0138133573485</b> | Renavan Nº<br><b>0020342855-2</b> | Data da Emissão<br><b>24/04/2018</b> |                                 |                   |
| Condições do Veículo Antes do Acidente<br><b>Nada constatado</b> |                                    |                                   |                                      |                                 |                   |

**VERSÃO DO CONDUTOR 02**

Foi ouvido no BPTran, no dia 16/10/2018, às 09h40, declarou que trafegava na via "A", na faixa da direita, no sentido José Américo/BR 230 quando adentrou a via "B", foi atingindo pelo V1, na parte traseira do V2.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 17:14:03  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090217140088600000032444000  
Número do documento: 20090217140088600000032444000



| CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0736 - 2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                   |                                 |                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| VÍTIMA 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                   |                                 |                                    |
| Nome<br><b>Antônio Ferreira da Silva</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Sexo<br><b>Masculino</b>          | Nascimento<br><b>28/07/1964</b> | Viajava no veículo N°<br><b>02</b> |
| Endereço<br><b>Rua Jornalista José Ramalho, 29, Colinas do Sul II, PB – Tel.(083)988124254</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                   |                                 |                                    |
| Condição da Vítima<br><b>Condutor</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Conduzida Para<br><b>Hospital</b> | Usava Cinto<br><b>-</b>         | Usava Capacete<br><b>Sim</b>       |
| <b>CONSTATADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                   |                                 |                                    |
| <p>Constatado quando do levantamento que: o V1 e V2 trafegavam no mesmo sentido de direção e que a colisão se deu na via "B", que se tratava de uma via de sentido duplo e que havia sinalização vertical no local, que o C2 foi socorrido para o Ortotrauma, que o V2 foi removido para pátio do BPTran para conclusão do BOAT e o V1 liberado.</p> <p>João Pessoa – PB, 17 de Outubro de 2018.</p> <div style="text-align: right;">  </div> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;"><b>Cleodir Carlos Ferreira Neto – SD PM</b><br/>Responsável pelo Levantamento</p> |                                   |                                 |                                    |





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0736/ 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Hilton Souto Maior 07,00metros

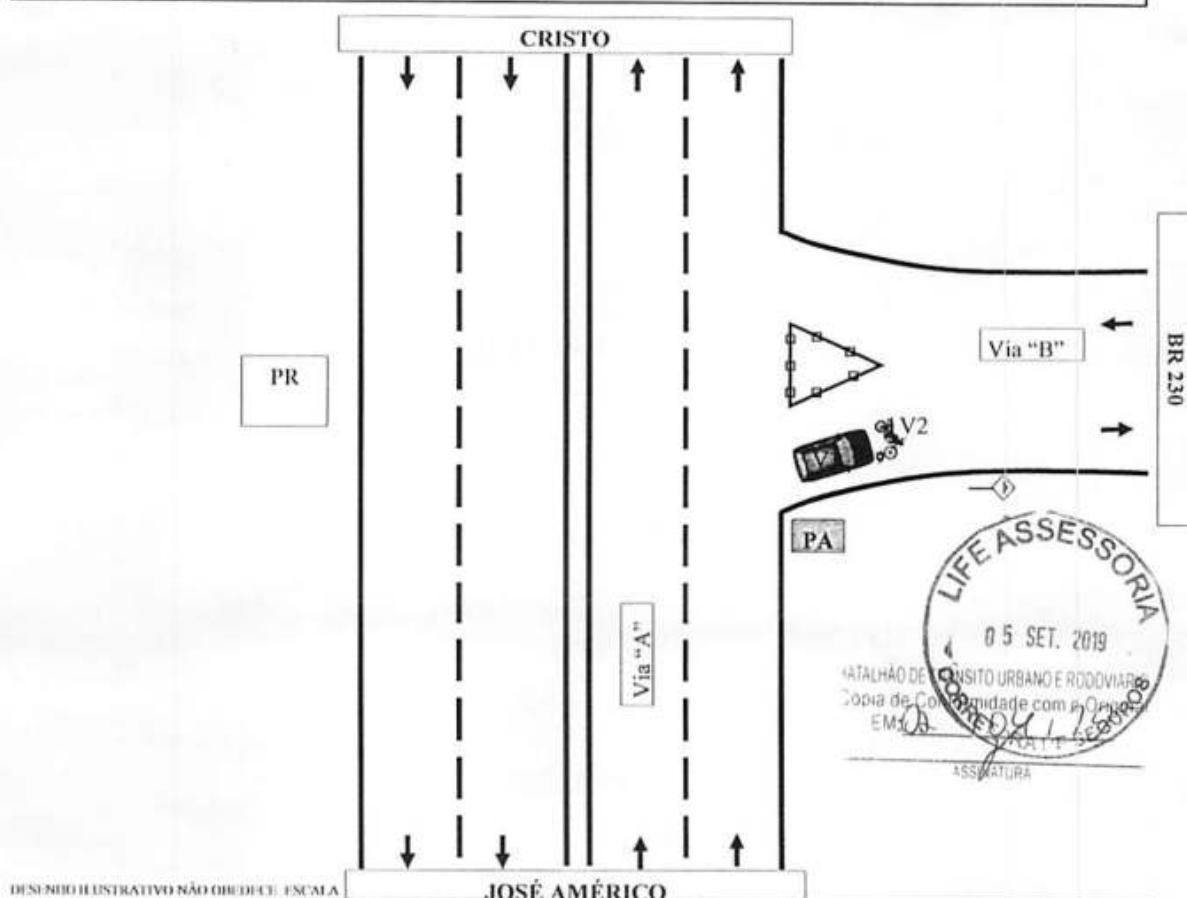
VIA "B" - Rua Diógenes Chianca 07,00metros

PR (Ponto de Referência) trevo Auto Shopping

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 10.00 e Traseiro Direito 08.00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 10.90 e Traseiro Direito 08.80 metros para (PA)



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

JOSÉ AMÉRICO

AVARIAS



V1



V2

*Cleodon Carlos Ferreira Neto*

Cleodon Carlos Ferreira Neto Sd/PM  
Responsável pelo Levantamento



RECEBIDO  
EM: 02/04/19  
CA





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



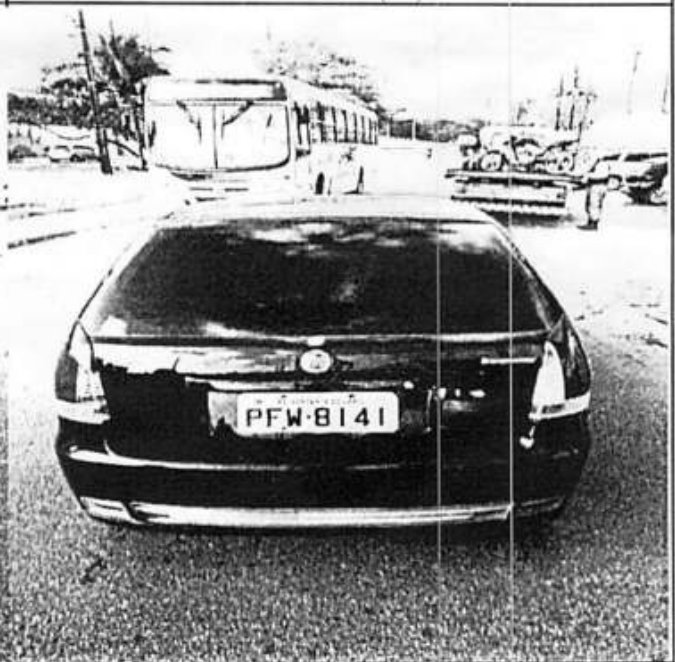
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0736/ 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)

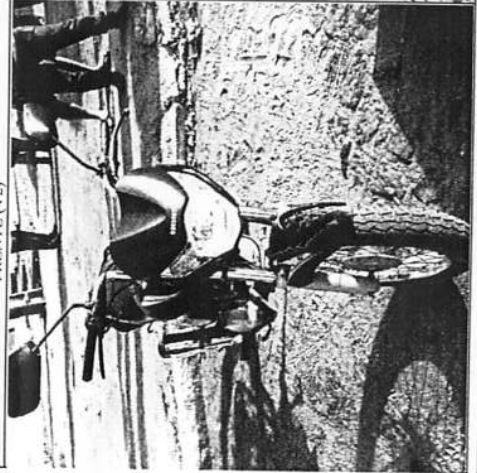
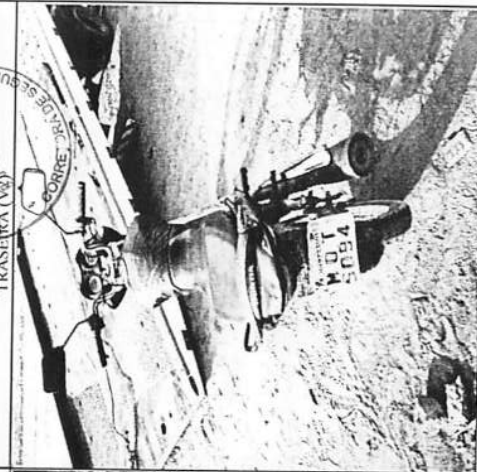


BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
PM: 02/09/2020  
ASSINATURA

Cleodon Carlos Ferreira Neto Sd/PM  
Responsável pelo Levantamento





|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA<br/>COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)<br/>BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO<br/>BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT</p> |                                                                                                                   |
| <p>BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0736/2018</p>                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                   |
| <p>FOTOS DO V2</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                   |
| <p>FRONT (V2)</p>                                                                                                                                                                                                                  | <p>TRÁS (V2)</p>               |
| <p>LATERAL DIREITA (V2)</p>                                                                                                                                                                                                       | <p>LATERAL ESQUERDA (V2)</p>  |

Cleiton Carlos Ferreira Neto SLP/PM  
Responsável pelo Levantamento

ASSINADO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Assinatura de Conformidade com o Original  
EM: 02/09/2020  
ASSINATURA



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0736 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo:  
Fiat Pálio

Placa:  
PFW 8141

Responsável pelo Preenchimento:  
SD Cleodon

Data:  
12/10/2018

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

| Item                   | Nome da Peça                           | Avaliação |     |    | Item | Nome da Peça                          | Avaliação |     |    |
|------------------------|----------------------------------------|-----------|-----|----|------|---------------------------------------|-----------|-----|----|
|                        |                                        | Sim       | Não | NA |      |                                       | Sim       | Não | NA |
| 01                     | Painel corta-fogo                      |           | x   |    | 12   | Longarina traseira esquerda           |           | x   |    |
| 02                     | Longarina dianteira esquerda           |           | x   |    | 13   | Assoalho porta malas ou caçamba       |           | x   |    |
| 03                     | Caixa de roda dianteira esquerda       |           | x   |    | 14   | Longarina traseira direita            |           | x   |    |
| 04                     | Estrutura da soleira esquerda          |           | x   |    | 15   | Caixa de roda traseira direita        |           | x   |    |
| 05                     | Air Bags frontais                      |           | x   |    | 16   | Estrutura da coluna traseira direita  |           | x   |    |
| 06                     | Air Bags laterais                      |           | x   |    | 17   | Estrutura da soleira direita          |           | x   |    |
| 07                     | Estrutura da coluna dianteira esquerda |           | x   |    | 18   | Estrutura da coluna central direita   |           | x   |    |
| 08                     | Estrutura da coluna central esquerda   |           | x   |    | 19   | Estrutura da coluna dianteira direita |           | x   |    |
| 09                     | Estrutura da coluna traseira esquerda  |           | x   |    | 20   | Assoalho central direito              |           | x   |    |
| 10                     | Caixa de roda traseira esquerda        |           | x   |    | 21   | Caixa de roda dianteira direita       |           | x   |    |
| 11                     | Assoalho central esquerdo              |           | x   |    | 22   | Longarina dianteira direita           |           | x   |    |
| Total Geral (Sim + NA) |                                        |           |     |    |      |                                       | 00        |     |    |

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 -> DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo:  
Honda Titan

Placa:  
MOT 5094

Responsável pelo Preenchimento:  
SD Cleodon

Data:  
12/10/2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

| Item | Nome da Peça                         | Avaliação |     |    | Item                   | Nome da Peça              | Avaliação |     |    |
|------|--------------------------------------|-----------|-----|----|------------------------|---------------------------|-----------|-----|----|
|      |                                      | Sim       | Não | NA |                        |                           | Sim       | Não | NA |
| 01   | Garfo dianteiro                      |           | x   |    | 05                     | Chassi                    |           | x   |    |
| 02   | Mesa superior da suspensão dianteira |           | x   |    | 06                     | Garfo traseiro            |           | x   |    |
| 03   | Mesa inferior da suspensão dianteira |           | x   |    | 07                     | Elxo traseiro (triciclos) |           |     |    |
| 04   | Coluna de direção                    |           | x   |    | Total Geral (Sim + NA) |                           |           |     |    |
|      |                                      |           |     |    |                        |                           | 00        |     |    |

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 -> DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 -> DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 -> DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 17 de Outubro de 2018.

Cleodon Carlos Ferreira Neto – SD PM  
Responsável pelo Levantamento



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 02/10/2019  
ASSINATURA



EM BRANCO

EM BRANCO





|                            |                    |                              |
|----------------------------|--------------------|------------------------------|
| 2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima: |
| 0307G33/199                | 395.903.054-15     | Antônio Ferreira de Silva    |

|                                                     |  |                                                    |  |                                   |  |
|-----------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| 5 - Nome completo: <u>Antonio Ferreira de Silva</u> |  |                                                    |  | 6 - CPF: <u>345.903.054-15</u>    |  |
| 7 - Profissão: <u>N Intermou</u>                    |  | 8 - Endereço: <u>Janeiro José Remelho Sobrinho</u> |  | 9 - Número: <u>29</u>             |  |
| 10 - Complemento: <u>Casa</u>                       |  | 11 - Bairro: <u>Memme</u>                          |  | 12 - Cidade: <u>José Pessoa</u>   |  |
| 13 - Estado: <u>PB</u>                              |  | 14 - CEP: <u>59069-425</u>                         |  | 15 - E-mail: <u>193/991929028</u> |  |

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

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        |

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

☐ Bradesco (237)      ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)      ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

**Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.**

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 assinalaria uma das condições

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

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

|                              |                                   |                                            |                                     |                                                 |                                |                               |
|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| 23 - Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado judicialmente | <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: |
|------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|

|                                       |                                                                                              |                                                                   |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|

|                             |                                                              |                                                          |                                               |                                                              |                             |                                                              |                                                          |                                               |                                                              |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 28 - Vítima<br>teve filhos? | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar<br>Vivos:      Falecidos: | 30 - Vítima deixou<br>nascituro (vai nascer)? | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima<br>teve irmãos? | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar<br>Vivos:      Falecidos: | 33 - Vítima deixou<br>nascituro (vai nascer)? | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se enquadram e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento em nome da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

|                                                                               |                                                           |                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <p>34</p> <p>Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado</p> | <p>35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido</p>   | <p>38 - 1ª   Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p> |
|                                                                               | <p>36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido</p>    | <p>Assinatura da testemunha</p>                |
|                                                                               | <p>37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido</p> | <p>39 - 2ª   Nome: _____</p> <p>CPF: _____</p> |
|                                                                               |                                                           | <p>_____</p>                                   |

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Itapicuru, Pernambuco 05-09-2019

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



SECRETARIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
END: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAZ: - CNPJ:

Ficha Nr: 171934 Atd: Nao Regul  
Data: 12/10/2018  
Hora: 13:38:01  
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE  
Clinica: CIRURGICA

-----  
NOME DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1  
NOME: ANTONIO FERREIRA DA SILVA Num. Prontuario: 2018.10.001724  
SEX: SEM GND Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988124254  
Cidade: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/07/1964 Id: 54 ano(s)  
Profissao: JORNALISTA JOSE RAMALHO, 29  
Endereco: COSTA E SILVA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB  
Nome: ANTONIA FERREIRA DE LIMA Pai: ANTONIO CLAUDINO DA SILVA  
Profissao: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupacao: MOTORISTA (FORA EXCECOES) Estado Civil: NAO INFORMADO  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:  
Nome: ANTONIO FERREIRA DA SILVA  
Endereco Responsavel: 988124254 / SEM DOCUMENTO: SD  
Endereco: N/A

-----  
Transporte utilizado: SAMU  
Vitima da acidente por: COL, CARROXOTO (COND) 12/10 A TARDE  
Vitima da violencia por: JOSE AMERICO FRENTE A TRANSNACIONAL  
Tipo de Policia:

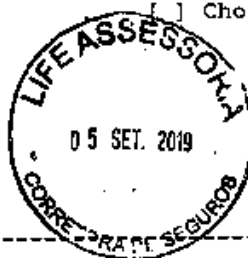
-----  
CONDICAO DE RISCO: AMARELO

FR:  
TP:  
Altura:  
IMC:  
O2S:

CONDICAO DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave  
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao  
☐ Hemorragia ☐ Dispneia  
☐ Diarreia ☐ Agitado  
☐ Regular ☐ Chocado  
☐ Vomito  
Observacao

Qualquer Sinal?  
Qualquer Sinal? X MOTO, COM TRAUMA EM MIE



-----  
Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de trauma com lesão contusa em pé esquerdo devido a a  
carro/moto às 12.00 horas de hoje aproximadamente. Repor uso de capacete  
nessa trauma terico chegou a UTE, digo, a emergência com pé imobilizado.  
Paciente, vivo e consciente.

-----  
Conduta

① Atendimento inicial  
② Radiografia de Pé ③ AP e Oblíquo  
④ Avaliação de Dor

-----  
Horario da medicacao

030060061



## Fatura Mensal

(Pág.: 01/01)



CTC RECIFE PE PL12  
ANTONIO FERREIRA DA SILVA  
JORNALISTA JOSE RAMALHO DE LIMA 29 CASA  
GRAMAME  
58068-425 JOAO PESSOA PB

MAKRO VISA NACIONAL

Cartão 4180.47\*\*.\*.3031



7209036539388230000001490700260719

DT. POST.: 26/07/2019 - DT. VENC.: 06/08/2019



CENTRAL DE COBRANÇA

4004-5505

DATA DE VENCIMENTO

06/08/2019

LOCAL ACORDO

00889

VALOR DESTA FATURA

R\$ 109,06

### PLANO DE ACORDO

| Data       | Descrição      | Valor em R\$ |
|------------|----------------|--------------|
| 06/03/2019 | ENTRADA        | 50,00        |
| 06/03/2019 | TAXA DE FISCAL | 109,06       |





## CERTIDÃO

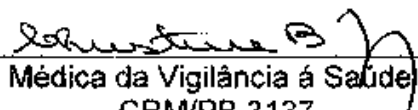
Nº. 1229/2019

Atendendo solicitação de **ANTONIO FERREIRA DA SILVA** 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 Nº171934 pertencentes ao paciente que foi atendido dia 12/10/2018 às 13H38min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que não evidenciou fratura. Medicado e imobilizado.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 31 de julho de 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



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

Ficha Nr: 171934 Attd: Nao Regul  
Data: 12/10/2018  
Hora: 13:38:01  
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE  
Clinica: CIRURGICA

SACOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Num. Prontuario: 2018.10.001724

SEX: M SEM FONE: SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988124254

Endereço: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/07/1964 Id: 54 ano(s)

Profissão: JORNALISTA JOSE RAMALHO, 29

Endereço: COSTA E SILVA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mãe: ANTONIA FERREIRA DE LIMA

Pai: ANTONIO CLAUDINO DA SILVA

Religião: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Nome: ANTONIO FERREIRA DA SILVA

Telefone Responsavel: 988124254 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedência: PMA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL, CARROXOTO(COND) 12/10 A TARDE

Vitima de violência por: JOSE AMERICO FRETE A TRANSNACIONA

Local: Policial

CONDICAO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Classificação de Risco: AMARELO

FR:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

TP:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Altura:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

IMC:

☐ Diarreia ☐ Agitado

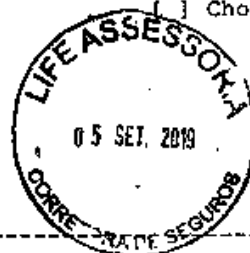
QX:

☐ Regular ☐ Chocado

Qualquer alteração?

Observacao

VEICULO: CARRO X MOTO, COM TRAUMA EM MIE



Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de trauma com lesão contusa em pé esquerdo devido a a  
colisão com o carro de moto às 12:00 horas de hoje aproximadamente. Refere uso de capacete  
nessa trauma torácico. Chegou a UTE, digo, a emergência com pé imobilizado.  
Paciente, humil e orientado.

Exame Físico

Conduta

- ① Atendimento inicial
- ② Radiografia de Pé D, AP e Oblíquo
- ③ Avaliação da Oritação

Exame Físico

Horario da medicacao

03060061



DATA E HORA PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

12/10/18

Tranque em pe - e el  
olho e edema local sem  
mancha de fratura  
col: Tolo 50tr

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

| Ordem | Medicação | Dose | Horário | Evolução |
|-------|-----------|------|---------|----------|
|       |           |      |         |          |
|       |           |      |         |          |
|       |           |      |         |          |
|       |           |      |         |          |
|       |           |      |         |          |
|       |           |      |         |          |
|       |           |      |         |          |

  
Dr. Heider Romero L. Nóbrega  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM-PB 50597 EOT 0511

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

SITUAÇÃO CLINICA

OPORTUNIDADE DE INTERNAÇÃO

Transferido ☐ Desistência ☐ UTI ☒  
Enfermaria ☐ Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

030106006



**SEST SENAT**Serviço Social de Transporte  
Serviço Nacional de  
Aprendizagem de Transporte**Fisioterapia**Ana Patrícia Gomes Clementino  
Fisioterapeuta-CREFITO 135224-E

Mat.: SEST

**Cartão de Marcação**Nome do Paciente: Antônio Ferreira

| Data  | Horário | Observação     |
|-------|---------|----------------|
| 26.07 | manhã   | Atividade      |
| 29.07 | manhã   | Atividade      |
| 30.07 | manhã   | Atividade      |
| 02.08 | manhã   | Atividade      |
| 07.08 | manhã   | Atividade      |
| 09.08 | manhã   | Atividade      |
| 12.08 | manhã   | Atividade      |
| 14.08 | manhã   | Atividade      |
| 16.08 | manhã   | Atividade      |
| 19.08 | manhã   | Atividade      |
| 21.08 | manhã   | Atividade - 1e |
| 23.08 | manhã   | Atividade      |
| 26.08 | manhã   | Atividade      |
| 28.08 | manhã   | Atividade      |
| 30.08 | manhã   | Atividade      |

SEST SENAT DE JOÃO PESSOA - Rua: Cel. João Costa e Silva, 201 - Distrito Industrial  
João Pessoa - PB - CEP 58.080-410 - TELEFONES: (83) 3533-1449 / 3533-1447

NOME: ANTONIO FERREIRA DA SILVA  
DATA DE NASCIMENTO: 28/07/1964  
DATA DO EXAME: 15/07/2019



**ULTRASSONOGRAFIA DO OMBRO DIREITO**  
*Exame realizado com transdutor linear de alta resolução*

O tendão supraespinhal apresenta aumento de espessura e ecogenicidade heterogênea, com microrupturas intrasubstanciais e focos ecogênicos de fibrose em meio às suas fibras. Adicionalmente observa-se ruptura parcial intrasubstancial de alto grau comprometendo fibras bursais insercionais anteriores, com retração de 1,5 cm.

Os tendões subescapular e infraespinhal apresentam aumento de espessura e ecotextura heterogênea.

Tendão do cabo longo do biceps de calibre aumentado e ecotextura heterogênea, observando-se aumento de líquido em sua goteira, achados relacionados a processo inflamatório. O mesmo focaliza-se na goteira bicipital, sem evidência de luxação à manobra de rotação do braço.

Bursa subacromial-subdeltóidea com espessura aumentada por distensão líquida.

Não há sinais de derrame articular.

Distensão cápsulo-ligamentar da articulação acromioclavicular.

Irregularidades ósseas na cabeça umeral.

**CONCLUSÃO:**

*Tendinopatia dos tendões componentes do manguito rotador com microrupturas intrasubstanciais e focos de fibrose.*

*Ruptura parcial intrasubstancial de alto grau da porção insercional do supraespinhal.*

*Tenossinovite do bicipital.*

*Bursite subacromial-subdeltóidea.*

*Distensão cápsulo-ligamentar da articulação acromioclavicular.*

*Irregularidades ósseas na cabeça umeral.*

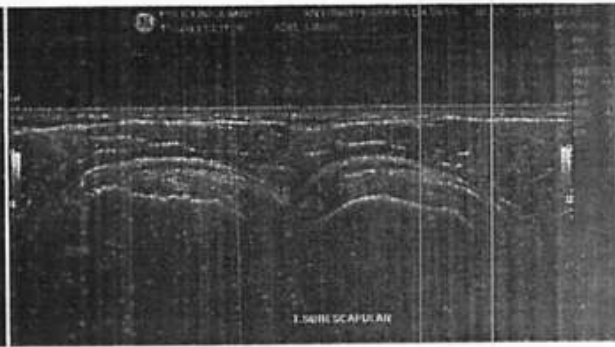
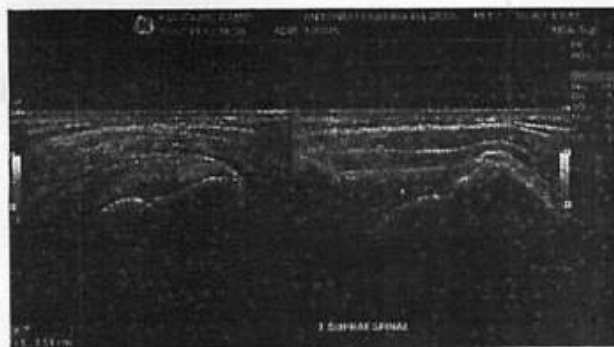
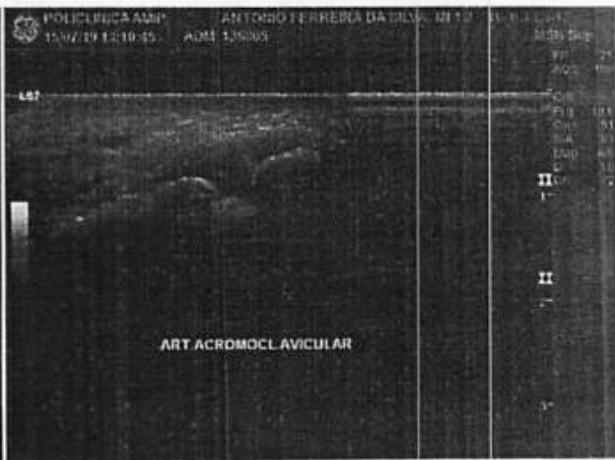


João Pessoa - PB, 15 de julho de 2019

Dr. Gustavo Grespo Carvalho  
CRM-PB 10147

POLICLÍNICA DO AMIP  
AV. dos Tabajaras, 782, Centro, João Pessoa-PB  
(83) 3208-2828





NOME: ANTÔNIO FERREIRA DA SILVA  
DATA DE NASCIMENTO: 28/07/1964

DATA DO EXAME: 17/07/2019  
CONVENIO: SINDICATO DOS MOTORISTAS



#### RAIO X DA COLUNA CERVICAL

Corpos vertebrais com altura e alinhamento posterior conservados.  
Redução da amplitude dos espaços intervertebrais comprometendo os níveis de C5-C6 e C6-C7, acompanhados de proliferações osteofitárias marginais e esclerose óssea subcondral.  
Discreta ossificação na inserção do ligamento longitudinal anterior.  
Osteoartrose das articulações interapofisárias e uncovertebrais, notadamente no segmento cervical médio.  
Lordose cervical fisiológica conservada.  
Tecidos moles e planos musculares paravertebrais simétricos.

#### RAIO X DA COLUNA DORSAL

Corpos vertebrais com altura e alinhamento posterior conservados.  
Leve redução da amplitude dos espaços intervertebrais acompanhados de discreto grau de esclerose óssea subcondral.  
Osteoartrose incipiente das articulações interapofisárias.  
Articulações costovertebrais sem particularidades significativas ao estudo radiológico simples.  
Leve retificação da cifose dorsal fisiológica.  
Pediculos vertebrais visibilizados íntegros.  
Não há curvas escolióticas significativas no segmento dorsal da coluna vertebral.  
Tecidos moles e planos musculares paravertebrais simétricos.

#### RAIO X DA COLUNA LOMBOSSACRA

Corpos vertebrais com altura e alinhamento posterior conservados, observando-se proliferações osteofitárias marginais anterolaterais.  
Leve redução da amplitude dos espaços intervertebrais comprometendo os níveis de L1-L2 e L5-S1.  
Demais espaços intervertebrais com amplitude preservada.  
Leve retificação da lordose lombar fisiológica.  
Pediculos vertebrais visibilizados íntegros.  
Osteoartrose das articulações interapofisárias L5-S1.  
Articulações sacroilíacas sem particularidades significativas ao estudo radiológico simples.  
Não há curvas escolióticas significativas no segmento lombar vertebral.  
Tecidos moles e planos musculares paravertebrais simétricos.



Dr. Gustavo Crespo Carvalho  
CRM-PB 10147

POLICLÍNICA DO AMIP



NOME: ANTONIO FERREIRA DA SILVA  
DATA DE NASCIMENTO: 28/07/1964  
DATA DO EXAME: 15/07/2019



### ULTRASSONOGRAFIA DO PÉ ESQUERDO

*Exame realizado com transdutor Linear multifrequencial de alta resolução*

Tendão extensor comum dos dedos apresenta aumento de espessura e padrão fibrilar heterogêneo, achados relacionados a processo inflamatório

Camadas dermoepidérmicas ultrassonograficamente conservadas.

Planos musculares e adiposos estão preservados.

Tendões flexores dos dedos sem evidência de espessamento ou acúmulo de líquido.

Não se caracterizam nódulos sólidos expansivos junto aos metatarsos.

Aumento da espessura e padrão fibrilar heterogêneo da porção insercional da fásia plantar.

Leve distensão líquida das bursas intermetatársicas do 1º e 2º espaços.

Não há sinais de derrame articular no compartimento anterior túbio-talar.

Entesopatia insercional distal do Aquiles de 0,8 cm no aspecto posterior do calcâneo.

#### CONCLUSÃO:

*Tendinopatia do extensor comum dos dedos na face dorsal.*

*Fasciíte plantar insercional.*

*Bursite intermetatársica.*

*Entesopatia insercional distal do Aquiles*

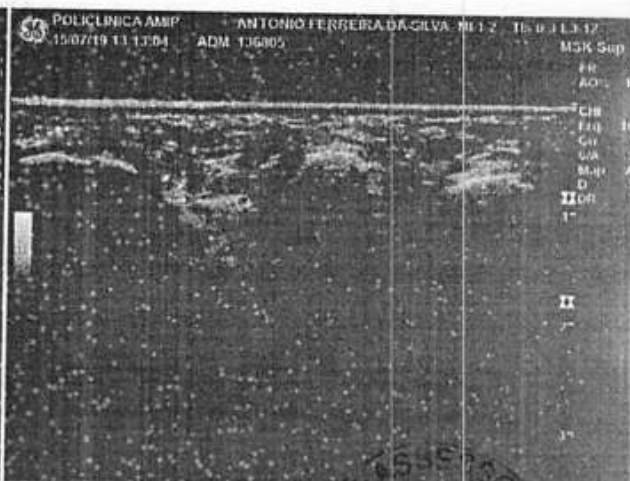
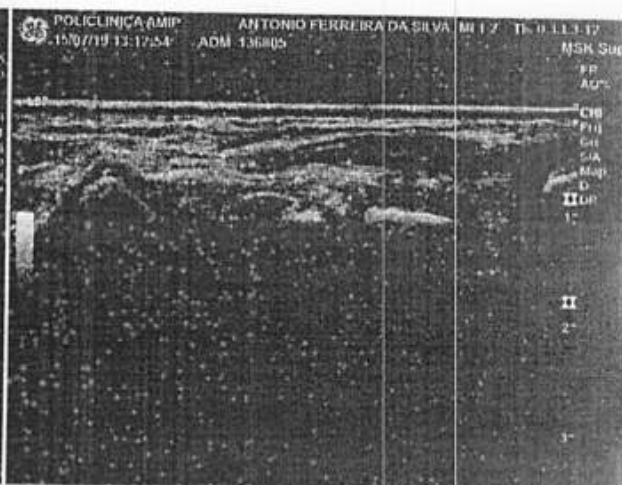
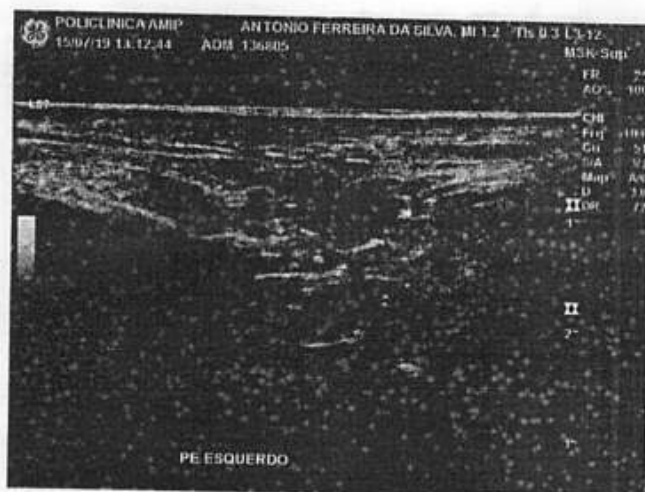
João Pessoa – PB, 15 de julho de 2018

Dr. Gustavo Crespo Carvalho  
CRM-PB 10147

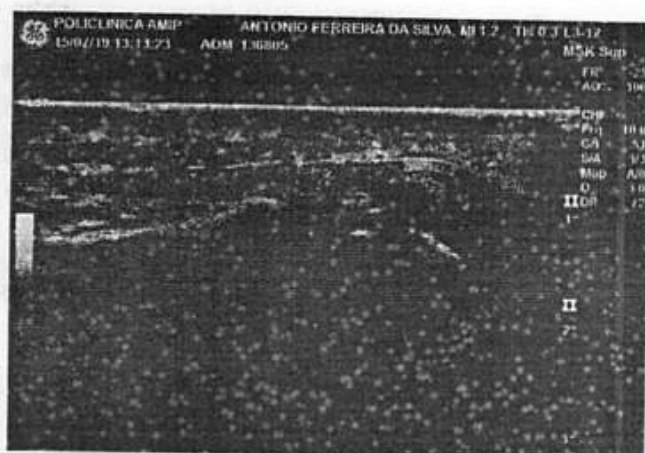


POLICLÍNICA DO AMIP  
AV. dos Tabajaras, 782, Centro, João Pessoa-PB  
(83) 3208-2828





LIFESPOT  
05 SET. 2019



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOBRE  
 ANTONIO FERREIRA DA SILVA

IDENTIDADE / RG 980686 SSP PB

CPF 395.903.054-15 DATA NASCIMENTO 28/07/1964

FILIAÇÃO  
 ANTONIO CLAUDINO DA SILVA  
 ANTONIA FERREIRA DE LIMA

PERMISSÃO ACC CATHAS AD

Nº REGISTRO 03360966598 VALIDADE 09/07/2024 1ª HABILITAÇÃO 22/12/1986

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1838287330



| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                     |  | MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS     |  |
|----------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| DETENHA - PB                                       |  | Nº 013813573465               |  |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO |  | ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE |  |
| 1 0020342855-2 00/00000000                         |  | 2018                          |  |
| ANTONIO PEREIRA DA SILVA                           |  |                               |  |
| 39590305415                                        |  | MOT5094/PB                    |  |
| NOVO PD 9C2KC1620AR032739                          |  | DATA EMISSÃO 2018 04/06/2018  |  |
| HONDA/CG 150 TITAN MIXES                           |  | 2010 2010                     |  |
| 2 5/149 /CI PARTIC PRETA                           |  | 2010 9C2KC1620AR032739        |  |
| IPVA PAGO EM 00/00/0000                            |  | 1                             |  |
| 2                                                  |  | 3                             |  |
| 3                                                  |  | 4                             |  |
| 5                                                  |  | 6                             |  |
| 7                                                  |  | 8                             |  |
| 9                                                  |  | 0                             |  |
| SEGURO PAGO                                        |  | 24/04/2018                    |  |
| SEM RESERVA DE DOMÍNIO                             |  |                               |  |
| JERO PESSOA - PB                                   |  | 09/00/2018                    |  |
| 48419                                              |  | 48419                         |  |

| PB Nº 013813573465                                                                                           |  | 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 1284                                                                                      |  |                              |  |
| INSCRIÇÃO 2018                                                                                               |  | DATA EMISSÃO 04/06/2018      |  |
| 39590305415                                                                                                  |  | MOT5094/PB                   |  |
| 00203428552                                                                                                  |  | HONDA/CG 150 TITAN MIXES     |  |
| 2010 9                                                                                                       |  | 9C2KC1620AR032739            |  |
| PRÊMIO TARIFÁRIO                                                                                             |  |                              |  |
| FMS (R\$) *****                                                                                              |  | DEBITAR (R\$) *****          |  |
| CUSTO DO SEGURO (R\$) *****                                                                                  |  | CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** |  |
| SEGURO                                                                                                       |  | PAGO                         |  |
| PAGAMENTO                                                                                                    |  | PARCELADO                    |  |
| COTA ÚNICA                                                                                                   |  | 24/04/2018                   |  |
| SEGURADORA LÍDER - DPVAT                                                                                     |  |                              |  |
| CNPJ 09.248.608/0001-04                                                                                      |  |                              |  |
| 00414-1000745-20100004                                                                                       |  |                              |  |





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Yamara Ferreira de Silva  
DATA DO ACIDENTE 12-10-2018 CPF DA VÍTIMA 395.903.054-35  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL CUIDO PARANTESSO COM A VÍTIMA E \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO DO PORTADOR aparecida para Ramello de Lima  
Nº 29 COMPLEMENTO Box BAIRRO Guararapes  
CIDADE Paulista UF PA CEP 58068465  
E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (93) 991928048

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO  
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00  
• MORTE = R\$ 13.500,00  
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204  
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

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05-09-2019IDENTIDADE 980586ASSINATURA Yamara Ferreira de Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 05 SET 2019ASSINATURA Yamara Ferreira de Silva

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190517828 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 12/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
|                                |                                                 | Total                                                         | 0 %       | R\$ 0,00                 |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190517828 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANTONIO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 12/10/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
|                                |                                                 | Total                                                         | 0 %       | R\$ 0,00                 |



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307633/19

**Vítima:** ANTONIO FERREIRA DA SILVA

**CPF:** 395.903.054-15

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 12/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO FERREIRA DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**ANTONIO FERREIRA DA SILVA : 395.903.054-15**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### 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: 05/09/2019  
Nome: ANTONIO FERREIRA DA SILVA  
CPF: 395.903.054-15

ANTONIO FERREIRA DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

