



Número: **0840570-85.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **24/07/2018**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CARLOS PAULO DA SILVA (AUTOR)		DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34602018	22/09/2020 13:36	Contestação	Contestação
34602040	22/09/2020 13:36	2750677_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
34602041	22/09/2020 13:36	2750677_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

CONTESTAÇÃO CORRETA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08405708520188152001

AUSÊNCIA DE COBERTURA

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE CARLOS PAULO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **23/02/2017**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **12/07/2017**.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

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



Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a NEGATIVA da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC¹.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

¹“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.



DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral².

No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima³.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁴.

²RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

³Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁵

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do Convênio de Nº015/2014 firmado entre este Egrégio Tribunal e a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT. Assim, após a realização da perícia judicial, requer a intimação da Ré para realização do pagamento dos honorários periciais no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) em até 15 (quinze) dias.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de

⁴“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁵art.

1º

(...)

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **Dr. SUELIO MOREIRA TORRES** inscrito sob o nº **15477 - OAB/PB**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 17 de setembro de 2020.

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- 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;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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 esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SUELIO MOREIRA TORRES**, inscrito na **15477 - OAB/PB** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JOSE CARLOS PAULO DA SILVA**, em curso perante a **14ª VARA CÍVEL** da comarca de **JOAO PESSOA**, nos autos do Processo nº 08405708520188152001.

Rio de Janeiro, 17 de setembro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PB 4246-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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



Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180305142

Vítima: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180305142**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13067558

Pag. 00759/00760 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180305142

Vítima: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Data do Acidente: 23/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180305142**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **23/02/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00603/00604 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13104246





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

Nome completo da vítima

082.296.544-50

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

CPF titular da conta

082.296.544-50

Profissão

DE SEM PRECATORIO

Endereço

Número

Complemento

Bairro

Cidade

Estado

CEP

E-mail

Telefone (DDD)

33 98680-1130

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00

☐ R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

03 JUL 2018

VERO

AGÊNCIA

Nº

0033

DV

5

CONTA

Nº

52030

DV

4

(Informe: dígito se existir)

(Informe: dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

DV

5

(Informe: dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivação o crédito, reconheço a devida quitação do valor indenizado.

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Local e Data

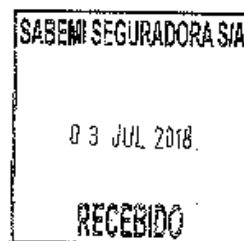
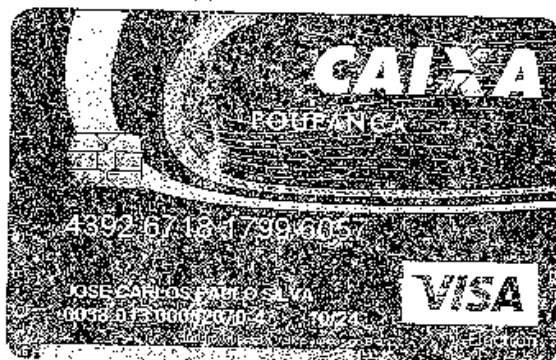
JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

1001 V001/2017







BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017

Ocorrência nº. 870/2017

Aos DOZE dias de JULHO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Policia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Policia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 16h:30min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, conhecido(a) por CARLOS, Identidade nº 3421121-SSS/PB, CPF nº 082.296.544-50, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: encanador, filho(a) de Manoel Paulo Da Silva E Mariza Gomes Da Silva, natural de Solânea/PB, nascido(a) em 29/04/1984 (33 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Serra Velha, Zona Rural De Solânea/PB, tendo como ponto de referência: proximo a Fazenda de Cigo Motorista, na cidade de SOLÂNEA/PB, fone(s) para contato: (83)9.8632-4755.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Policia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 23 de fevereiro de 2017;
- 3) **Horário do fato:** 15h:39min;
- 4) **Local do fato:** BR 230, Ernesto Geisel, João Pessoa/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Emergência e Trauma senador Humberto Lucena, João Pessoa/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** SIM;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?** SIM

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

Uma moto HONDA/CG 150 FAN ES, PLACA MNM 5772/PB, ANO/MOD 2007/2007, COR PRATA, CHASSI 9C2KC08507R050185, RENAVAN 0091161519-9, licenciada no nome do comunicante.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

FRANCISCO DE ASSIS SUARES DOS SANTOS, residente no Sítio Cacimba da Varzea, s/n, Zona Rural de Solânea/PB (Próximo ao Grupo Escolar)

HELIO RODRIGUES FERNANDES, residente no Sítio Varjota, zona rural de Solânea/PB (Próximo ao Grupo)

8) Breve resumo do fato:

Narra o comunicante que vinha no local, horário e data acima descrito, quando um cachorro atravessou a rodovia na frente do comunicante, e o mesmo não conseguiu desviar colidindo com o mesmo. Devido a colisão o comunicante veio a cair ao solo, sofrendo algumas lesões no corpo. No momento do acidente não tinha nenhum carona com o mesmo.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

O referido boletim servirá para fins de DPVAT.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Jose Carlos Paulo da Silva
JOSE CARLOS PAULO DA SILVA
Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.610-1





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA CPF da Vítima: 089.296.544-50 Data do Acidente: 23/02/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante Legal: _____
E-mail: _____ Telefone (DDD): _____

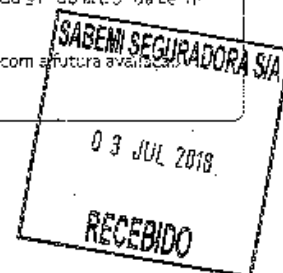
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



JOSE CARLOS PAULO DA SILVA 15 de Maio de 2018
Local e Data

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

001 1601/2017



VISTO EM: 20/03/17
Katty Sabrina do N. Silva
TEN. CEL. QOBM 521.280-4
Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

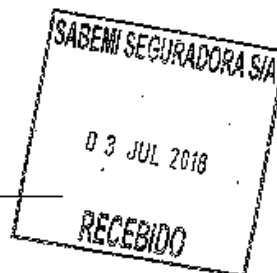
João Pessoa-PB, 16 de Março de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 089/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 23/02/2017, conforme requerimento nº 089/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 15h39min o/a Sr.(a) **JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA** CPF 082.296.544-50, vítima de acidente de trânsito (queda de moto) ocorrido na BR 230, Ernesto Geisel, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura nº 089-38, tendo como chefe o **CABO BM Huglailson Everton Dornelas Gnaes**, Matrícula 522.278-3, constatou no local da ocorrência que a vítima encontrava-se em decúbito dorsal, consciente e orientada, apresentando escoriações nos membros superiores e inferiores, suspeita de luxação na clavícula esquerda e possível fratura na patela esquerda. A vítima era condutora da motocicleta e usava capacete. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Elizabete C. João Leônico Pinheiro** - SD BM, Matr. 523.935-4 (assinado) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

Elzabete C. João Leônico Pinheiro
Ten. QOBM
Matr. 523.935-4
Chefe da 3ª Seção



Num. 34602041 - Pág. 8



LAUDO

Declaro pelos os devidos fins que o(a) Sr(a), JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, portador de RG 3421121 - SSP PB, foi submetido a consulta médica, nesta data, no horário das 09:08 até as 09:38, sendo portador de afecção: CID - M233 + S82 + T922 + T933.3. Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um por tempo indeterminado, a partir desta data. O paciente foi atendido 23/02/17 vítima de acidente. Solicito afastamento de atividades laborais.

Dr. Giordano Bruno C. L. Jordão
CRM 8773-78
CPF 000.951.934-40

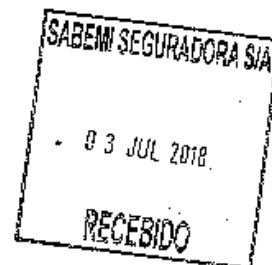
J.PESSOA, 14/06/2017

GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO
Médico Ortopedista - CRM - 8773

Autorização

Eu, JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, autorizo o médico GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável



GRUPO - Av. Getúlio Vargas, 125 - 4º - 3016-2029
PERNAMBUCO - Av. General Edson Ramalho, 473 - 3º - 3226-7555
SUL - Av. Welfredo L. de Almeida, 1011 - 6º - 3235-4349

WWW.CLINOR.COM.BR





CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

LAUDO

Declaro pelos os devidos fins que o(a) Sr(a), JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, portador de RG 8421121 - SP/PB foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das 09:00 até as 09:38, sendo portador de afecção CID - M283 +S82+T922+T933.3. Em decorrência deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um por tempo indeterminado, a partir desta data.
O paciente foi atendido 23/02/17 vítima de acidente.
Solicito afastamento de atividades laborais.

Dr. Giordano Bruno C. Lima Jordão
CRM 6773-6
Ortopedista

J. PESSOA, 14/06/2017

GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO
Médico Ortopedista - CRM - 6773

Autorização

Eu, JOSE CARLOS PAULO DA SILVA, autorizo o médico GIORDANO BRUNO C. LIMA JORDAO a registrar o diagnóstico codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou responsável



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 32 3015-2028
FARMÁ - Av. Gerson César Ramiro, 473 - 31 3228-7655
SOL - Av. Walfrido Macedo Brandes, 1011 - 32 3235-4348

WWW.CLINOR.COM.BR





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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 29/04/84
NOME DA MÃE MARISA GOMES DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 983.098
Nº PRONTUÁRIO 100.587
DATA DO ATENDIMENTO 23/02/2017
HORA DO ATENDIMENTO 16:06
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA E
CID 10 S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor em ombro E, punho D e joelho E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do ombro E - AP, Perfil axilar e Perfil escapular
RX do punho D - AP e P
RX do joelho E - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tíbia E ao RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado internamento para tratamento cirúrgico que não foi executado pois o paciente assinou termo de alta hospitalar a pedido.

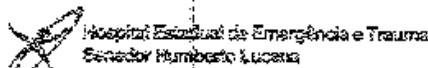
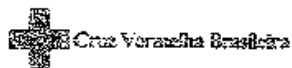
ALTA HOSPITALAR: 24/02/17
DATA DA EMISSÃO: 18/05/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CUIA REGISTRO
CRM 2518

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2518/PB

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





LARANJA, S/N -
CNES: 2458276 - Tel.:

Paciente JOSE CARLOS PAULO DA SILVA	DAE 093098	Data/Hora Entrada 23/02/2017 16:06:22	Data Baixa
Data de nascimento 29/04/1984	Idade 32	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARISA GOMES DA SILVA			Telefone de Contato (53) 9561 33649
Endereço Imaculada, 60	Bairro Imaculada	Município Bayeux	UF PE
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THALES FIGUEIREDO SEABRA	Nº Cons. Regional 7124/PB
Data/Hora Classificação 23/02/2017 16:06:22		Data/Hora Prescrição 23/02/2017 16:49:48	

ANAMNESE

IENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO E PUNHO DIREITO RADIOGRAFIAS: FRATURA DO LATO TIBIAL + RADIO DISTAL DIREITO OD: DT + ANALGESIA + IMOS GESSADA + INTERNAMENTO EXPLICO PROGNOSTICO DAS LESOES E NECESSIDADE DE CIRURGIA

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V. 24H, DURANTE 24 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: 14 GOTAS POR MIN)

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V. 6/6H

Diluir

IRONIA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 1,0 AMPOLA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, DURANTE 12 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: SE INTENSA)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 8/8H, DURANTE 3 HORA(S) (OBSERVAÇÕES: 15 MINUTOS ANTES DO TRAMADOL OU SE NAUSEAS OU VÔMITOS)

Diluir

BROMOPRIDA 10MG (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 12/12H, DURANTE 1 HORA(S)

Diluir

YENOXICAN 20MG INJETÁVEL (FRASCO - AMPOLA), DILUIR 1,0 FRASCO/AMP

CUIDADOS

1 - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: PROFISSÃO ANTI-TÉTICA COM VACINA DT 0,5 ML INTRAMUSCULAR)

D10





PRESCRIÇÃO MÉDICA

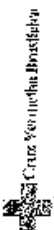
PRESCRIÇÃO MÉDICA POSTO - 1



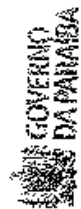
Paciente	JOSÉ CARLOS PAULO DA SILVA	DATA:	24.02.2017	HORA	08:00
UNIDADE:					
LEITO:					
ITEM	PRESCRIÇÃO - FISIOTERAPIA - ADMINISTRAÇÃO				
1.	DIETA LIVRE				
2.	SRL 1000 ml EV em 24HS				
3.	DIPIRONA 02 ML + AE EV 6/6 HORAS				
4.	CLEXANE 40 MG SC DIA				
5.	TRAVAL 100 MG + SF0,9% 100ML EV 12/12 HORAS S/N				
6.	NAUSEDRON 8MG IV 8/8HS, SE NAUSEAS				
7.	OMEPRAZOL 40MG VO 24/24 HORAS				
8.	CAPTOPRIL 25MG SL SE PAD >= 110MMHG				
9.	CCGG E SSVV				
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.	DIAGNÓSTICO: FRATURA DE PLATO TIBIAL				
20.	Evolução: ESTAVEL, SEM QUEIXAS NO MOMENTO, AGUARDA CIRURGIA. SOLICITO VAGA NA ENFERMARIA.				
21.					

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 13:36:03
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092213360336700000033083510
Número do documento: 20092213360336700000033083510





Assinatura Eletrônica da Autoridade de Trânsito
Banco Humbergo Lira



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	JOSE CARLOS PAULO DA SILVA	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	29/04/1984	32	MASCULINO	983096	Leito	23/02/2017 16:32:06
Setor							Prescrição válida a
							23/02/2017 16:32:06

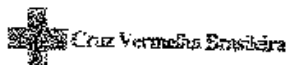
MEDICAMENTOS PRESCRITOS

1	CETOPROFENO 100 MG	1.0	PR/AMP	E.V.	AGORA	Observação: DILUIR EM 100ML SOLUÇÃO	16:32:06
---	--------------------	-----	--------	------	-------	--	----------

PATRICIA MAIA BARRETO MEDEIROS
CRM: 9480

Assinatura e Carimbo do Profissional

CRM: 9480 - 23/02/2017



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



VERMELHA, SIN-
CNES: 6121221 - Tel:

Paciente JOSE CARLOS PAULO DA SILVA		BAE 983996	Data/Hora Entrada 23/02/2017 16:05:22	Data Saída
Data de nascimento 29/04/1984	Idade 32	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 985133649
Mãe MARISA GOMES DA SILVA				Prontuário
Endereço Imaculada, 60	Bairro Imaculada	Município SAYUX	UF PE	
Acidente MGTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PATRICIA MAIA BARRETO MEDEIROS	Nº Cons. Regional 9436/PE	
Data/Hora Classificação 23/02/2017 16:06:22		Data/Hora Prescrição 23/02/2017 16:32:05		

anamnese

ACIDENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA, CONDUZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS. REFERE USO DE CAPACETE. NEGA TCE. PERDA DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS. QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO ESQUERDO, FUNHO DIREITO E JOELHO ESQUERDO NEGA OUTRAS QUEIXAS NEGA ALERGIA AO EXAME: BEG, LÚCIDO E ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO. AR: MV + EM AHT. SEM RAABD: FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO QUADRIL: NDN DOR E CRIPTIZAÇÃO À MOBILIZAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO. OD: SOLICITO RX OMBRO E AP. PERFIL AXILAR E PERFIL ESCAPULAR; RX FUNHO D AP E P; JOELHO ESQUERDO AP E P. SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA ALTA DA CIRURGIA GERAL.

MEDICAÇÃO

DETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF0,9%)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM AD)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP. PERFIL AXILAR E PERFIL ESCAPULAR)

RADIOGRAFIA DE FUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLÍQUA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

COD10

Código	Descrição
14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

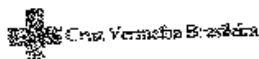
Em observação

Dra. Patrícia Maia Barreto
Medicina

CRB - 9436
PATRICIA MAIA BARRETO MEDEIROS
(9436/PE)

JOSE CARLOS PAULO DA SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACCORRIENTO, sr. -- CNES: 123312 - Tel:

Existim de Atendimento: 993098



Identificação do paciente

ID 1143901	Nome JOSE CARLOS PAULO DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 28/04/1984	Idade 33 anos 5 meses 22 dias	Estado civil Prometido
Mãe MARISA GOMES DA SILVA	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	Religião Cat
Escolaridade	Residência Bairro	UF PB
DDD Móvel 83	Fone Móvel 985133849	DDD Fixo Nº Ons
Tipo documento	Número documento	UF PB
Local de procedência ERNESTO GEISEL	Naturalidade SOLANEA	UF PB
Email	Naturalidade SOLANEA	UF PB

Endereço

CEP 58509035	Município de res. Endia SAYEUX	UF PB
Número 160	Complemento	Logradouro Imaculada
		Bairro Imaculada

Admissão

Data e Hora 22/09/2020 7:18:06:22	Número da praxeia 100005970854	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente RESIDENCIA
Classificação de risco		Data de admissão MOTO X ANIMAL
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Via de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte RESGATE - SOBRINHOS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X	Pulso	Temperatura
---------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Cedex citicos						

Diagnóstico	CD
Atendimento por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA	Tempo 15seg

Imprimir



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 13:36:03

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092213360336700000033083510>

Número do documento: 20092213360336700000033083510



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

AValiação DE ENFERMAGEM

B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		IDADE:		SEXO:	
PROCEDÊNCIA:		[] Domicílio [X] Ambulância de emergência [] Ambulância SAMU		[] Masculino [] Feminino	
TIPO DE ACIDENTE:		[X] Morte [] Anomóvel [] Queda [] Biciotat [] Atropelamento		[] Enforcamento [] Enforcado [] Explosão [] Arma de fogo [] Arma branca [] Outros:	
TIPO DE LESÃO:		[] Fratura fechada [] Ferimento aberto [] Empacotamento [] Laceração [] Queimadura		[] Mordedura [] Objeto encaixado [] Ferimento contuso [] Amputação membro [] Outros:	
LOCAL DA LESÃO:		[] Membros sup. [] Membros inf. [] Tronco [] Cabeça e pescoço [] Outros:			
DADOS CLÍNICOS (sistemas):					
DE INÍCIO DOS SINTOMAS:					
EXAME FÍSICO		PA: / mmHg		SpO2: %	
Sistema Neurológico:		[] Desconsciente [] Inconsciente [] Orientado [] Desorientado			
Nível de Consciência:		[] Desconsciente [] Inconsciente [] Orientado [] Desorientado			
Avaliação das pupilas:		Simetria: [] Isocóricas [] Anisocóricas		Tamanho: [] Midríase [] Miose	
Sistema Respiratório:		[] Ventilação invasiva [X] Ventilação espontânea [] Vias aéreas patentes		[] Traqueostomia [] Respiração rápida [] Obstrução parcial das vias aéreas	
Sistema Circulatório:		[] Pulso ausente [] Periférico e central [] Periférico e central		[] Respiração ruidosa [] Suporte ventilatório invasivo [] Obstrução total das vias aéreas	
Sistema Digestório:		[] HDA [] Uso de SNG [] Vômitos [] Dor à palpação superficial		[] HDB [] Cordejo estomacal [] Dor à palpação profunda	
Sistema Genito-uritário:		[] Disúria [] Hematúria [] Oligúria [] Anúria [] SNG [] Outros:		[] Rígido abdominal [] Distensão abdominal	
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:		[] Hipertensão [] Diabetes [] Câncer [] Alergias [] Cirurgias			
USO DE MEDICAÇÃO?		[] Sim [] Não		Especificar:	
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:					
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?		[] Sim [] Não			
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:					
Paciente consciente, orientado, eupneico, aguil, vacante, tendo sido vítima de acidente de moto. Res. da em ambas as pernas, punho direito e esquerdo.					
CDI/brunja		ENFERMEIRO:		CORREN:	



JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

CPF: 0421141-535

DT: 082.296.544-50

DATA NASCIMENTO: 29/04/1966

ALUGO: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA

MARINA GOMES DA SILVA

06077566587

05/07/2018

25/05/2014

EXERCÍCIO ATIV. REMUNERADA

JOAO PASSOA, EN

02/06/2018

64002565455

R 053005958

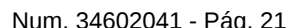
SABEM SEGURADORA S/A

03 JUL 2018

RECEBIDO



03 JUL 2518
RECEBIDO



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDADOR PESSOAL COM

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR _____

Nº _____ CÔPIA EM LÍNGUA

CIDADE _____ UF _____ CEP _____

FONELE _____ TELEFONE (_____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMITIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CERTIFICADO DE INVALIDEZ DA VITIMA OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CARIÓTIPO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO INI (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DO LAUDO DO INI

() ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA DATA DE INÍCIO

() NOTAS MÉDICAS ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTEJAM

OS DADOS BANCÁRIOS, JÁIS COMO CÓPIA DO TOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTERIA DE INVALIDEZ DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CARIÓTIPO

() DE CARIÓTIPO OU CARTERIA 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 VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

SEGURADORA S/A

03 JUL 2018

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EMITIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTERIA DE IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CARIÓTIPO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SUSTIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O

() COMPROVANTES (ORIGINALS E CÓPIAS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES E OUTRAS

() NOTAS MÉDICAS (ORIGINALS E CÓPIAS) DE HABILITAÇÃO ACQUIRIDAS DO RESPECTIVO HOSPITAL E/OU

(ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE

CONTEJAM OS DADOS BANCÁRIOS, JÁIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE PONTA DE CRÉDITO OU CARTÃO BANCÁRIO

(ORIGINAL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTERIA DE IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIFICADO DE NASCIMENTO DO CARIÓTIPO

() DE CARIÓTIPO OU CARTERIA 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)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

O VALOR DA INDENIZAÇÃO É DE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAU

DA LESÃO E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

DESPESAS MÉDICAS (GRATIS) = R\$ 2.700,00 (GRATIS), 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

O VALOR DA INDENIZAÇÃO É DE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAU

DA LESÃO E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

DESPESAS MÉDICAS (GRATIS) = R\$ 2.700,00 (GRATIS), 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

O VALOR DA INDENIZAÇÃO É DE R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAU

DA LESÃO E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

DESPESAS MÉDICAS (GRATIS) = R\$ 2.700,00 (GRATIS), 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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180305142 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CARLOS PAULO DA SILVA **Data do acidente:** 23/02/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DA TÍBIA ESQUERDA + FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO + ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

