



Número: **0843816-89.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/08/2018**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA (AUTOR)		MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34802312	28/09/2020 10:09	2753577_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2014

Carta nº: 5611747

A/C: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA

Sinistro: 2014958983
Vítima: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA
Data Acidente: 14/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/11/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/06/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01689/01690 - carta_03



Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2015

Carta nº: 6710792

A/C: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA

Sinistro: 2014958983
Vítima: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA
Data Acidente: 14/06/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01599/01600 - carta_02



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 2014958983 - 2
Nome do(a) Examinado(a): JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA
Endereço do(a) Examinado(a): SÍTIO AURIMATA nº 00 - AREA RURAL - SANTO ANDRE/PB
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2632476 - SSP
Data local do exame: 22/04/2015 CAMPINA GRANDE/PB

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATAMENTO CONSERVADOR ALTA MEDICA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

EDEMA, HIPOTROFIA, DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO

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

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

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO DIREITO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 22/04/2015

Médico Perito: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI CRM: 6508

Márcio Alberto L. Cavalcanti
Ortopedia e Traumatologia
CIR. DO OMBRO E COTOVELO
CRM-PB 6508 TEQT 11209

Assinatura do perito Examinador - CRM





Seguradora Líder - DPVAT **AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

Nº DO SINISTRO 31501958903 CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

(Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores). Recomendamos o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar stress no estabelecimento de fato.

João Batista Clementino da Costa

PORTADORIA DO RG Nº 263.2476 EXPEDIDO POR 98 EM 23.12.04

CNPJ 03.245.064-38 CPF 00000000000 PROFISSÃO Agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 330,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO E REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VITIMA João Batista Clementino da Costa AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABaixo PRESTADAS.

(*) A Circular Súm nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado regulado, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre a profissão e de fatos de vida pessoal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados são exigidos, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/Vítima não for solteiro;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Habitacional com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inclusive ou em proposta (neste momento revogue-se e aceitação da proposta de abertura da conta com esse documento comprovatório de dados bancários);
- CPF do beneficiário/Vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br);
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também pode ser apresentada documentação que comprovem os dados bancários com imagens digitalizadas/scanner colorido, exceto à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso de cartão múltiplo com informação do código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGENCIA (sem dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (sem dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA SOMENTE BANCOS BRASILEIRO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL.
Nº do BANCO: 001 Nº da AGÊNCIA (sem dígito, se existir): 224-1 Nº da CONTA (sem dígito, se existir): 97934-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA E DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INSCRIÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCONTAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INSCRIÇÃO.

Campanha Grande 12 de Janeiro de 2015 João Batista Calmentira da Costa

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos beneficiários beneficiários), abstenção à indenização vigorar no caso de óbito (indenização de até R\$13.500,00) em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 13.145/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas hospitalares.

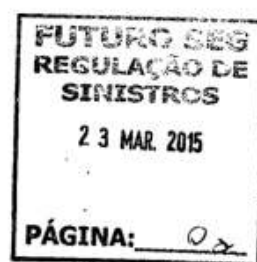
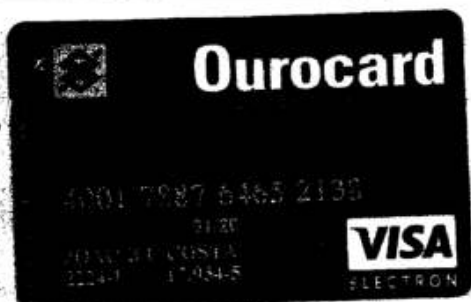
Para reconhecer o processo de análise de peritos de indenização, acesse: www.servicoposseguradordpvat.cesbr.br ou Ligue para o SAC DPVAT 0800-0211204.

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

23 MAR. 2015

PÁGINA: 01







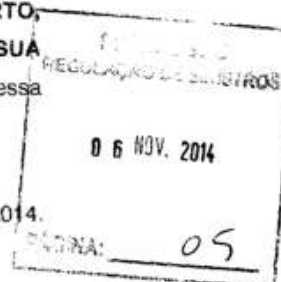
CERTIDÃO DE OCORRENCIA

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial, encontrei a ocorrência nº 239/2014, cujo teor passo agora a transcrever na íntegra: aos dez dias do mês de outubro de dois mil e quatorze, nesta cidade de Juazeirinho, estado da Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, presente o Del. Pol. Ewerton de Almeida, como escrivão, ao final assinado e declarado, aí por volta das 10h52min, compareceu **JOÃO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA**, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Santo André - PB, filho de Francisco Clementino dos Santos e de Maria de Lourdes Costa Santos, nascido no dia 03/06/1961, com 53 anos de idade, RG nº 2.632.476 SSE-PB, CPF nº 002.459.064-33, podendo ser localizado no Sítio Curimatá, zona rural de Santo André-PB. QUE NO DIA 14/06/2014, POR VOLTA DAS 15H5, O DECLARANTE CONDUZIA SUA MOTOCICLETA 125 TITAN, DE COR VERMELHA, ANO FAB/MOD. 1996, PLACA Nº 1079-2015 RN, CHASSI Nº 9C2JC250TTR016328, COD. RENAVAM Nº 00649228421, LICENCIADA EM NOME DE FERNANDO VITURINO DA SILVA, SE DESLOCANDO DO SÍTIO OLHO D'ÁGUA NO MUNICÍPIO DE ASSUNÇÃO PARA O SÍTIO ONDE RESIDE, TRAFEGANDO PELA RODOVIA PB 238, QUANDO NO TRECHO DO PERCURSO EM QUE PRECISOU ACESSAR UMA ESTRADA VICINAL NÃO PAVIMENTADA, NA ALTURA DO SÍTIO SERRINHA AINDA NO MUNICÍPIO DE ASSUNÇÃO, O DECLARANTE BATEU COM O VEÍCULO NUMA PEDRA, DERRAPOU E ACABOU INDÓ AO CHÃO. O DECLARANTE LIGOU PARA MARCO VIEIRA DE ANDRADE, MOTORISTA DA AMBULÂNCIA DO HOSPITAL DE ASSUNÇÃO, QUE PRONTAMENTE SE DIRIGIU AO LOCAL DO ACIDENTE E SOCORREU O DECLARANTE LEVANDO-O AO HOSPITAL DE TRAUMA EM CAMPINA GRANDE ONDE FOI CONSTATADA UMA FRATURA NO TORNOZELO DA PERNA DIREITA. A PESSOA DE SIDNEY SALES NOBERTO, RESIDENTE NO SÍTIO CURIMATÁ, ACOMPANHOU O DECLARANTE DURANTE SUA ESTADIA NO CITADO HOSPITAL. Nada mais havendo para constar, registrou essa ocorrência e solicitou certidão. O ratifico a verdade e DOU FE.

Juazeirinho-PB, 10 de outubro de 2014.

NOTICIANTE: João Batista Clementino da Costa

ESCRIVÃO: [Assinatura]





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, João Batista Clementino da Costa portador
da carteira de identidade nº 2.632.476 e inscrito no CPF/MF sob o nº
082.459.064-33, residente e domiciliado na Sit. Curimata
5/N, área Rural e
Cidade Santo André Estado Paraná, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 §1º 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
impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Batista Clementino da Costa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Campina Grande, 28/10/2014
Local e data



 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		NATUREZA DA CONSULTA CONSULTA BÁSICA (PAB): _____ CONSULTA ESPECIALIZADA: _____																
ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO CÓDIGO DA UNIDADE: 0023671 CNPJ/CPF: 08.773.268/0001-60 NOME: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES END.: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS MUNICÍPIO: CAMPINA GRANDE ESTADO: PARAIBA UF: 25		PROCEDIMENTO ORTODONTIA - P. Higiene do aparelho fixo Dg + dnu + ortofixos temporários com aparelho de retenção do arco superior de metal e lentes de resina																
PACIENTE: PRONTUÁRIO Nº: 1118718 NOME: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA SEXO: MASCULINO IDADE: 33-1 PROFISSÃO: AGRICULTOR(A) DOCUMENTO: 2632476 END.: SÍTIO CURIMATAN BAIRRO: ZONA RURAL MUNICÍPIO: SANTO ANDRÉ ESTADO: PB CEP: _____ DATA ATENDIMENTO: 14.05.2014 17.05h CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 251385		TIPO DE ATENDIMENTO ☐ 01 - URGÊNCIA ☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO ☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS																
RAÇA / COR: DTA NASCIMENTO: 03/06/1981 (12 - PRIMEIRAS: ACIDENTE DE MOTO (14 - AMARELA (15 - INDÍGENA (199 - SEM INFORMAÇÃO		ENCAMINHAMENTO ☐ 1. PRESCRITA ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐ 2. APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS																
ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS: História de queda de um bloco de concreto no tórax, com fratura de costela e pulmão perfurado. Tratado com cirurgia e colocação de drenagem. Atual: acompanhamento de rotina, sem sintomas.		SERVIÇOS REALIZADOS: <table border="1"> <thead> <tr> <th>CÓDIGO / PROCEDIMENTO</th> <th>CBQ</th> <th>IDADE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>030.1050096</td> <td>225325</td> <td></td> </tr> <tr> <td>030.1010072</td> <td>225320</td> <td></td> </tr> <tr> <td>020.4030170</td> <td>225320</td> <td></td> </tr> <tr> <td>020.4050188</td> <td>225320</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBQ	IDADE	030.1050096	225325		030.1010072	225320		020.4030170	225320		020.4050188	225320	
CÓDIGO / PROCEDIMENTO	CBQ	IDADE																
030.1050096	225325																	
030.1010072	225320																	
020.4030170	225320																	
020.4050188	225320																	
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS RESULTADOS		ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IAIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S) ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL OU POLEGAR DIREITO ASS. TÉCNICO (CARIMBO) ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO																
MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS 1. - Sítio Curimatã (C) 2. - Drenagem de leite de leite (C) 3. 4. 5.		DIAGNÓSTICO / CID: B6.000.0																

MOD. 013



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/05/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02224-1

CONTA: 000010017934-7

Nr. da Autenticação 9F9B5FA506292A5E





ENTIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

PRONTUÁRIO Nº: 1118718 PACIENTE:

RAÇA / COR: DTA, NASCIMENTO: 03/06/1981() 2 - PRQUEIXAS: ACIDENTE DE MOTOCICLETA
() 4 - AMARELA () 5 - INDIGENA () 99 - SEM INFORMAÇÃO

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:	TIPOS
-------------------------------	-------

RESULTADOS

MATERIAIS • MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

DIAGNÓSTICO / CID:

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB)

CONSULTA ESPECIALIZADA

PROCEDIMIENTO

- 070721. P. *huguesii* (N) *Salicaria* *huguesii*
 Dreg + Dreg + *huguesii* *huguesii* *huguesii*
huguesii *huguesii* *huguesii* *huguesii* *huguesii*
huguesii *huguesii* *huguesii* *huguesii* *huguesii*

TIPO DE ATENDIMENTO

☐ 01 - URGÊNCIA *Convênio* *João Paulo Cesar Figueiredo*
☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO *Ortopedia e Traumatologia*
☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO *Ortopedia e Traumatologia*
☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO *CRM 4021 TEOT 6030*
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

MEDICAÇÃO

☐ 1. PRESCRITA

☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

☐ OBSERVAÇÃO	☐ RESIDÊNCIA	☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL	☐ ÓBITO	☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO

0361 100

C9

一一一

LOAD

[illegible]

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS)/ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

TÉCNICO (CARIMBO)

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Ficha de Acolhimento

Nome:	João Batista Clementino da Costa		
End.:	Sítio Animataí	Bairro:	Santo André
Data de Nascimento:	03/06/81	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. de	Data do Atend.:	14/06/14
	Moro	Hora:	17:00
		Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Baixo	Aspecto: ☐ Calmo ☒ Fácies de dor ☐ Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ☒ Normocorada ☐ Pálida
Deambulação: ☒ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca	

Estratificação

- | | |
|--|--|
| ☐ Vermelho - atendimento imediato | ☒ Amarelo - atendimento até 1 hora |
| ☐ Verde - atendimento até 4 horas | ☐ Azul - atendimento ambulatorial |

Assinatura e carimbo do profissional





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: JOÃO BATISTA C. DA COSTA

DATA DO EXAME: 14.06.2014

RADIOGRAFIA DE BACIA

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DA PERNA E TORNOZELO

- Fratura não desalinhada do maléolo medial da tibia.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas.

RADIOGRAFIA DE TÓRAX

- Transparência pulmonar normal.
- Mediastino e seios costofrênicos sem alterações.
- Coração de dimensões normais.



Dr. Catarina Aguiar
CRM/PB: 6278

Dra. Miriam Albino
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda
CRM/PB: 8220

59
Dr. Roberto Maia
CRM/PB: 8101





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ASSUNÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos para fins de prova junto ao que se faz necessário, que o Senhor **JOÃO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA**, portador do RG nº 2.632.476 SSP/PB e CPF nº 082.459.064-33, no dia 14/06/2014, foi vítima de um acidente de moto na Rodovia Estadual PB 238, município de Assunção, sendo o mesmo socorrido pela Ambulância deste município e levado para a cidade de Campina Grande.

Assunção – PB, em 26/09/2014.


Alexandre Patrício Santana
Secretário Municipal de Saúde







VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.632.476-2 via DATA DE 28/03/2000
NOME JOÃO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA
Francisco Clementino dos Santos
FILIAÇÃO Maria de Lourdes Costa Santos
Santo André - PB 03/06/1981
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
Cert. Nasc. nº 0786, Fls. 3V, Liv. A-2,
DOC. ORIGEM
Cart. de Santo André - PB.
CPF
JdA: Pissas - PB. ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 11.116 DE 29/08/83



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014958983 **Cidade:** Juazeirinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA **Data do acidente:** 14/06/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: EDEMA, HIPOTROFIA, DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
ALTA MEDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/04/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes





COMUNICADO MASTER – 03/11/2014

Ref.: Reprogramação de Pagamento – Redução de Rejeições Bancárias – Atualização da Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT

Senhor Usuário Master,

Informamos o cancelamento do Comunicado Master de 19/09/2014, bem como ratificamos todas as orientações contidas no Comunicado Master de 23/01/2014, o qual permanece válido.

Por oportuno, estamos encaminhando em anexo, o novo formulário de Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT que deverá ser utilizado para sinistros avisados a partir deste comunicado e estará disponível no site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Pela importância do assunto, recomendamos imediata divulgação a todos os colaboradores das equipes responsáveis pela recepção e regulação dos sinistros DPVAT.

O formulário e respectiva instrução deverão fazer parte do Manual Normativo de Regulação de Sinistros Administrativos DPVAT – item 4.9.

Atenciosamente,

Superintendência Técnica



Seguradora Líder - DPVAT

Rua Senador Dantas, 74 – 9º andar
CEP: 20031-205 – Rio de Janeiro - RJ
Tel.: 55 21 3861-4600
Fax: 55 21 2544-0059



Curitiba, 06 de novembro de 2014.

Ilmo. (a) Senhor (a).
Joao Batista Clementino da Costa
Santo André - PB

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT – 2014/958983
Sinistro de Invalidez – Joao Batista Clementino da Costa

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recepcionamos o processo acima mencionado em 06/11/2014, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade e documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- Deverá ser apresentado junto ao processo;

- Autorização de pagamento.
- Numero de conta da vítima.

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Líder/Consortio -DPVAT, para finalização.

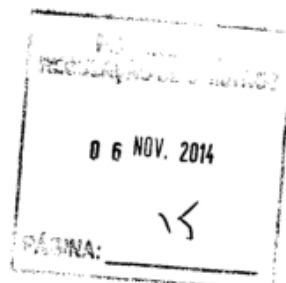
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder /Consortios do Seguro DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo prescricional de 30 dias para regulação do processo.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,


FUTUROSEG



Rua Carlos Dietzsch, 391 - Portão - CEP 80330-000 - Curitiba - PR

Fone/Fax: (41) 3092-3094 (41) 3019-3095 (41) 9948-2122

www.futuroseg.net.br



Curitiba, 09 de fevereiro de 2015.

Ilmo. (a) Senhor (a).
Joao Batista Clementino da Costa
Santo André – PB

Prezado (a) Senhor (a):

REF: SEGURO DPVAT – 2014/958983
Sinistro de Invalidez – Joao Batista Clementino da Costa

Servimo-nos da presente para informar-lhe que recebemos o processo acima mencionado em 09/02/2015, o qual foi alvo de nossa maior atenção. Após verificação aos documentos apresentados constatamos a necessidade e documento(s) complementar(es), o(s) qual(is) citamos abaixo:

- Deverá ser apresentado junto ao processo;

2ª Solicitação

- Autorização de pagamento.

- Cartão bancário ou extrato, abertura não é aceita.

Diante do exposto, ficaremos no aguardo de referidos documentos para podermos encaminhar o processo à Seguradora Líder/Consortio -DPVAT, para finalização.

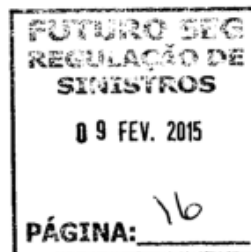
Tal procedimento esta em conformidade com normas estabelecidas pela Seguradora Líder /Consortios do Seguro DPVAT.

Por fim, consideramos interrompido o prazo prescricional de 30 dias para regulação do processo.

Certo de sua compreensão fica a disposição para esclarecimentos que julgue necessário.

Atenciosamente,


FUTUROSEG



Rua Carlos Dietzsch, 391 - Portão - CEP 80330-000 - Curitiba - PR

Fone/Fax: (41) 3092-3094 (41) 3019-3095 (41) 9948-2122

www.futuroseg.net.br





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA João Batista Clementino de Lato
DATA DO ACIDENTE 14.06.14 CPF DA VÍTIMA 082.459.064-23
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR 0 VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÊNTESCO COM _____
A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR St. Durimata
Nº 512 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Area Rural
CIDADE Santa Inês UF RO CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU 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 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 SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS 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 CONFIRMEM 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/76.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2020 10:09:22

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009281009222300000033269053>

Número do documento: 2009281009222300000033269053

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2014958983 **Cidade:** Juazeirinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA **Data do acidente:** 14/06/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/04/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: POLITRAUMA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2014958983 **Cidade:** Juazeirinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO BATISTA CLEMENTINO DA COSTA **Data do acidente:** 14/06/2014 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: EDEMA, HIPOTROFIA, DIMINUIÇÃO DE AMPLITUDE DE MOVIMENTO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
ALTA MEDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 22/04/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MARCIO ALBERTO DE LIMA CAVALCANTI

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: DORES MENDES B C MENDES

CRM do médico: 52.25889-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Dores Mendes

