



22/07/2021

Número: **0817095-18.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **09/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JULIAO PAULO DE OLIVEIRA (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46109040	22/07/2021 12:48	Petição	Petição
46109045	22/07/2021 12:48	2757392_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
46109299	22/07/2021 12:48	2757392_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00088.01.2020.1.02.008



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00088.01.2020.1.02.008, cuja teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 16:06 horas do dia 18 de agosto de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Julião Paulo de Oliveira**, conhecido(a) por Julião, RG nº 1761329 SEDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Benícia Maria da Conceição e Não Declarado, natural de Pocinhos/PB, nascido(a) em 04/03/1964 (56 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº s/n, bairro Ligeiro, tendo como ponto de referência Posto de Saúde Local, na cidade de Campina Grande/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Projetada, nº s/n, Posto de Saúde Local, Campina Grande/PB, bairro Ligeiro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/02/20 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo I/Shineray XY 50, marca Shineray, tipo de veículo motocicleta, cor branca, ano 2013/2014, UF: PB, placa QFR-0244, chassi LXYXCHL02E0265540, renavam 01125946404, características gerais: Cadastrada Em Nome de Angelas Maria F de Castro Almeida.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, na tarde do dia 23 de fevereiro do ano fluente, o Notificante se deslocava na motocicleta já discriminada, objetivando deixar sua esposa no Shopping do centro da cidade de Campina Grande, onde reside e ao retornar para sua residência, precisamente nas imediações do Posto de saúde no bairro de Catolé e, quando da necessidade de livrar um buraco, acionou o freio dianteiro, a motocicleta derrapou, o Notificante perdeu o controle e assim, sofreu uma queda, consequentemente, foi socorrido ao Hospital de Traumas de Campina Grande, onde foi submetido a procedimento cirúrgico, conforme Laudo Médico apresentado.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 18 de agosto de 2020.


EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia Civil


JULIÃO PAULO DE OLIVEIRA
Notificante

Procedimento Policial: 00088.01.2020.1.02.008





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
839.282.514-49

4 - Nome completo da vítima:
JULIANO PAULO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:
JULIANO PAULO DE OLIVEIRA

6 - CPF:
839.282.514-49

7 - Profissão:
PEDREIRO

8 - Endereço:
RUA PROJETADA

9 - Número:
S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:
LIGEIRO

12 - Cidade:
CAMPINA GRANDE

13 - Estado:
PB

14 - CEP:
58100-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):
(83) 98805-6654

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECURSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: STONE PAGAMENTOS S.A

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: 0001

CONTA: 551607

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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, 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vivas)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 15/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:48:34

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212483373900000043810170

Número do documento: 21072212483373900000043810170

Num. 46109045 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 859.282.514-49	Nome completo da vítima: JULIANO PAULO DE OLIVEIRA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: JULIANO PAULO DE OLIVEIRA	CPF: 859.282.514-49	
Profissão: PEDREIRO	Endereço: RUA PROJETADA	Número: 514
Bairro: LIGUEIRO	Cidade: CAMPINA GRANDE	Estado: PB
E-mail:	CEP:	Telefone (DDD): 133/98805-6654

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

RECEITA MENSAL:			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: NÚ PAGAMENTOS S.A.	
AGÊNCIA: 0001	CONTA: 10003590
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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.

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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada	Local e Data: João Pessoa, 25/08/20	TESTEMUNHAS
Nome:	CPF:	1ª Nome:
CPF:		CPF:
		Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO		2ª Nome:
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		CPF:
		Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:48:34

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212483373900000043810170

Número do documento: 21072212483373900000043810170

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento emitido em 22/07/2021
Documento emitido em 22/07/2021 12:48:34

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.555.096/0001-95 - Ins. Est. 15.551.839-7

CPF 007.225.916

DADOS DO CLIENTE
JAISE ISABEL DE QUEIROZ
RUA PROJETADA S/N QD: A1L2, BL18 AP: 302
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
4/290706-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2020	28/07/2020	78	04/08/2020	R\$ 27,38

Site: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 10/08/2020				
Pagador: JAISE ISABEL DE QUEIROZ CNPJ/CPF: 023.838.654-13				
RUA PROJETADA S/N QD: A1L2, BL18 AP: 302 - LIGEIRO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360002344965	000290706202007	04/08/2020	R\$ 27,38	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.506/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				





ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 21313199 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.269/0038-52
Av. Marechal Deodoro, 4700 - Moinhos, Campina Grande - PB, CEP: 56432-409 Data: 22/02/2020

PACIENTE: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA + 54 ANOS + CG SAMU
CPF: Nascimento: 31/12/1969

Citidade:

11/01/2020

Telefone:

Nome do Alar:

HQ:

RAI: 01

Responsável:

CP:

Protocolo:

Estado Civil:

Data de Atendimento: 22/02/2020

CNS:

Motivo ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO (H98 16.01.12)

CONVÊNIO(S):

OBSERVAÇÃO: SEM DOCUMENTOS
MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Cabeça	19. Braço direito	37. Tornozelo direito
2. Orelha	20. Cotovelo direito	38. Tornozelo esquerdo
3. Olho	21. Antebraço direito	
4. Nariz	22. Mão direita	
5. Boca	23. Braço esquerdo	
6. Dente	24. Cotovelo esquerdo	
7. Mão	25. Antebraço esquerdo	
8. Punho	26. Mão esquerda	
9. Dorso da mão	27. Tornozelo esquerdo	
10. Planta da mão	28. Tornozelo direito	
11. Braço direito	29. Antebraço direito	
12. Cotovelo direito	30. Mão direita	
13. Braço esquerdo	31. Antebraço esquerdo	
14. Cotovelo esquerdo	32. Mão esquerda	
15. Dorso da mão	33. Tornozelo esquerdo	
16. Planta da mão	34. Tornozelo direito	
17. Braço direito	35. Antebraço direito	
18. Cotovelo direito	36. Mão direita	

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = ____ % Grau ____ () 1º Grau ____ () 2º Grau ____ () 3º Grau
DIAGNOSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMARIO - DADOS CLINICOS

PAUSEI VITIMAS NO DEBATEMENTE CIRCULANDO COM SANGUE NO HIC E APRESENTANDO DE LESÃO EM BOM ESTADO. FIZEMOS AS MANEIRAS NIVELADAS COM O SANGUE E SEM ADOAR AVALIAR AO EXAME PRTO.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FISICO

PUPILAS: () Fotoreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow: PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
() Isotermia arterial
() Tomografia Computadorizada
() Ultrassonografia
() Radiografias: RFE, RCO, RCE

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: DOUTORA / AS Dia / /

Especialista: / AS Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Divaldo Gurgel
Vice-diretor clínico
CRM-PB 9953

SERVIZIO AL CLIENTE

© 1994 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 235: 399–405

X. J. A. S. 16 de Duino

https://doi.org/10.1016/j.jmb.2020.12.036



HTCG-Patient Administrative

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES C/PO DE 77R 266/0078-52
Av. Mair. Riquinho Frente 2/00 - Madureira, Campos Grande - PB CEP 58422-000 Data: 23/02/2023

Paciente: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA* 54 ANOS* CG SAMU Idade: 02020 N° ATEND: 2113199

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO
DATA: 23/02/2020 HORA: 16:04:27

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO

SIGNALS VITALS

HGT:	SAT O2:	PA:	TEMP:	FC:	FR:	PESO:
------	---------	-----	-------	-----	-----	-------

DIABETES ()SIM (X)NÃO HAS ()SIM (X)NÃO
DEF. MOTORA ()SIM (X)NÃO

ALERGIAS : NEGA

MEDICAÇÃO EM USO:

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () PAGUADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () OMITO () DIARREIA () EXANTEMA
() PRECURE () DISPNEIA (X) DOR () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() ANAFILÓIDICO () FLEBITE () INAPETENCIA () ALTERAÇÕES VISUAIS
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MILENA () SÍBILOS () TOSSSE

ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

sem dor muito dor

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN
---------	------	----	----	---------	--------------------------------

88

DBS: SAUO CG DEIXOU PCT MA VERNELHA E SAUO SEM FATEIR FICHA DE PASSAR O CASO PARA EQUIPE DO SETOR

EXPERIMENTO/CORRIL
ACOSTA

[illegible]

Data da internação: 23/02/2020 Hora: 17:17:15

Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
-------------------------------	--	---	--

Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE SEM DOCUMENTOS	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 2113246
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 31/12/1969
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	10 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	12 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DE TELEFONE
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CID 10 PRINCIPAL 8
15 - UF	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS #ORTOPEDIA# RELATO DE DOR E DEFORMIDADE DO TORNOZELO DIREITO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NEGA OUTRAS QUEIXAS ORTOPEDICAS. RX: FRATURA TORNOZELO DIREITO (TRIMALEOLAR) CID: INTERNACAO HOSPITALAR PARA TTO CIRURGICO VPM	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE TTO CIRURGICO	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS EXAME FISICO + RX	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA TORNOZELO ESQUERDO	21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO (X) CNE () CPF	29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016294174142
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE TAMMER GOMES DE MORAIS	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/02/2020
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNPJ DA EMPRESA	41 - CBO
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COB. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNE () CPF	46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

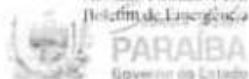
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



28/02/2020

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ 08.778.268/0001-52
Av. Mal. Floriano Pessoa, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 56432-000
Data: 28/02/2020
Nome: Wagner Luiz Egito de Araujo



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Data da Internação: 23/02/2020 Data da Alta: 28/02/2020

Registro: 2113246

Tempo de Permanência: -18316

Diagnóstico Inicial:

Diagnóstico Final: FRATURA DO MALEOLO LATERAL

Principais Exames: EXAME FISICO + EXAME DE IMAGEM + EXAME LABORATORIAL

Cirurgia: OATEOSINTESE Data: 28/02/2020

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO, FOI REALIZADO OSTEOSINTESE SEM INTERCORRENCIAS

Orientações: SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA, RETORNO CONSULTAS AMBULATORIAIS, CASO INTERCORRENCIAS RETORNAR, ATESTADO MÉDICO, ORIENTAÇÕES ORTOPÉDICAS E SOBRE LIMPEZA DE FERIDA OPERATORIA

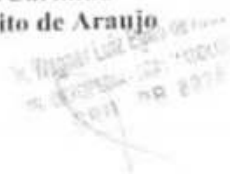
Medicações para Casa: PRESCREVO CIPROFLOXACINO 500MG VO 12/12H POR 07 DIAS, DAPIRONA 1G VO 6/6H CASO DOR, LOXONIN 60 MG VO 8/8H POR 06 DIAS

Condições de Alta: Melhorado

Data: 28/02/2020

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito de Araujo

RESPONSÁVEL: Wagner Luiz Egito de Araujo





Número do Prontuário: 183872

DATA DA CIRURGIA: 27/02/2020

Número do Atendimento: 2113246 Clín: ORTOPEdia 1 Enf: 9 Lei: 4

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Data da Internação: 23/02/2020

Atendimento: 2113246

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data da Cirurgia: 27/02/2020

Equipe:

Cirurgião: RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 2: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 3:

Instrumentador: KÉCIA

Anestesiista: FERNANDO ANTONIO COSTA WANDERLEY

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO EM FACE LATERAL DE TORNOZELO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. OSTEOSINTESE COM PLACA TERÇO TUBULAR DE 8 FUROS + 6 PARAFUSOS CORTICAIS SOB FLUOROSCOPIA;
6. INCISÃO EM FACE MEDIAL DE TORNOZELO ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
7. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
8. OSTEOSINTESE COM 1 PARAFUSO ESPONJOSO ROSCA PARCIAL + 1 ARRUELA SOB FLUOROSCOPIA;
9. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO.

Data 27/02/2020

Assinatura/Carimbo
Euler Fabrício Alves Cruz



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Guilherme Paulo de Oliveira</u>		IDADE: <u>55</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>P</u>	
DATA: <u>22-02-20</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>130-70</u>	PULSO: <u>80</u>	RESPIRAÇÃO: <u>—</u>	TEMPERATURA: <u>—</u>	PESO: <u>—</u>	ALTURA: <u>—</u>	
TIPO SANGÜÍNEO: <u>—</u>	HEMOGLOBINA: <u>4.3</u>	HEMOGLOBINA: <u>12.5</u>	HEMOGLOBINA: <u>37.6</u>	GLICEMIA: <u>—</u>	URÉIA: <u>—</u>	OUTROS: <u>—</u>	
AP. RESPIRATÓRIO: <u>N</u>				ASMA: <u>H</u>		BRONQUITE: <u>N</u>	
AP. CIRCULATÓRIO: <u>N</u>				ELETROCARDIOGRAMA: <u>N</u>			
AP. DIGESTIVO: <u>N</u>				DENTES: <u>—</u>	PESCOÇO: <u>—</u>	AP. URINÁRIO: <u>—</u>	
ESTADO MENTAL: <u>incida</u>				ATAVISMOS: <u>—</u>	CORTICOIDES: <u>—</u>	ALERGIA: <u>N</u>	HIPOTENSORES: <u>N</u>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura Tornozelo</u>				ESTADO GERAL: <u>I</u>		RISCO: <u>N</u>	
ANESTESIAS ANTERIORES: <u>—</u>							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <u>—</u>				APLICADA: <u>—</u>	AE: <u>—</u>	EFEITO: <u>—</u>	
				INDUÇÃO Satisf.: <u>—</u> Excit.: <u>—</u> Tosse: <u>—</u> Laringo espasmo: <u>—</u> Lenta: <u>—</u> Náuseas: <u>—</u> Vômitos: <u>—</u> Outros: <u>—</u>			
				MANUTENÇÃO ANESTESIA SATISF.: Sim <u>—</u> Não <u>—</u> Não, por quê? <u>—</u> DESPERTAR Reflexos na SO: <u>—</u> Obstr.: <u>—</u> Co ₂ : <u>—</u> Excit.: <u>—</u> Náuseas: <u>—</u> Vômitos: <u>—</u> Outros: <u>—</u> Com cânula: <u>—</u> Paro o Leito: Sim <u>—</u> Não <u>—</u> CONDIÇÕES: <u>—</u>			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: <u>—</u>							
POSICÃO: <u>—</u>							
AGENTES: <u>Hese-10mg + Remor-10mg + ce fazel-1g</u>				CÂNULAS: <u>—</u>			
TÉCNICA: <u>—</u>							
OPERAÇÃO: <u>Fratura Cir. Ext. Tornozelo</u>							
CIRURGIÕES: <u>—</u>							
ANESTESISTAS: <u>—</u>				Dr. Fernando A. C. Vitorino CRM 1660			
OBSERVAÇÕES: <u>—</u>							

AR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E
PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGÜÍNEA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:48:34

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212483373900000043810170

Número do documento: 21072212483373900000043810170

Num. 46109045 - Pág. 11



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Juliano Paulo de Oliveira	Idade:	56 anos
Convênio:	Sus	Data:	27-02-20
Procedimento:	T. Cirurgico de Fratura de Tornozelo (E)		
Cirurgião:	Dr. Ricardo	Auxiliar:	Dr. Luller
		Anestesista:	Dr. Wanderley
Início:	16:25	Término:	17:20
		Anestesia	Raqui

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante



Ata de 02-03-2021 em virtude de não comparecimento
do Sr. ELIO MOREIRA TORRES, ao Juízo da 1ª Vara
Cível da Comarca de São Paulo, em audiência para
realizar o julgamento da causa nº 00000000043810170.

02

02 02

02 02

02

02

02

02

02 02

02

02

Ata de 02-03-2021 em virtude de não comparecimento
do Sr. ELIO MOREIRA TORRES, ao Juízo da 1ª Vara
Cível da Comarca de São Paulo, em audiência para
realizar o julgamento da causa nº 00000000043810170.

02 02

02 02

02 02



HOSPITAL.

FORNECEDOR

NOME DO PACIENTE

PROCEDIMIENTO

REGISTRO

DATA

CONVÊNIO

MEMBRO OPERADO

NOME DO MÉDICO _____

Comunicamos que utilizamos o (s) material (ais) aqui descrito (s) no paciente supra citado.

Responsável pelo fornecimento

Recchido & Asociados
Av. Ana María de Pineda 100
102 Oficina - 1.º piso - Bogotá
Cm 29 7025







Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013176694481

11039070140

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20170100074227-4

VIA

1

0112594640-4

00/00000000

NOME/ENDEREÇO

ANGELAS MARIA F DE CASTRO ALMEIDA
R ALCIDES TRAVASSOS RAMOS L25
VELAME
58419343 CAMPINA GRANDE - PB

CPF/CNPJ

84824697468

PLACA

QFR0244/PB

NOME ANTERIOR

ASIA NOTOS COMERCIO E S DE N LTD

PLACA ANT/UF

NOVO

PB

CHASSI

1XYXCBL02E0265540

ESPECIE TIPO

PAS/CTC/MOTO/MAG APLIC

COMBUSTIVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

I/SHINERAY XY 50 Q

ANO FAB

2013

ANO MOD

2014

CAP/POT/CIL

2 P/49 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

BRANCA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

1. Motor : 1P39FMAEC059149

ANEXO DE OFÍCIO E

DATA

Scanned with CamScanner



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFR0244[Imprimir Consulta](#)

Último Licenciamento: 2019
 Proprietário: *****
 Placa: **QFR0244**
 Combustível: **GASOLINA**
 Marca/Modelo: **I/SHINERAY XY 50 Q**
 Espécie/Tipo: **PASSA / CICLOMOTOR**
 Ano de Fabricação: 2013
 Ano Modelo: 2014
 Categoria: **PARTICULAR**
 Cor Predominante: **BRANCA**
 Vencimento Licenciamento: 30/06/2020
 Observação:
 Restrição:
 Financeira:
 Município: **CAMPINA GRANDE**
 Situação: **EM CIRCULACAO**
 Data da Consulta: 03/03/2020

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
LOG. ANUAL	EXERCÍCIO	2019	
NOME / ENDEREÇO			

PLACA		QFR0244	
ESPECIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PASSA / CICLOMOTOR		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
I/SHINERAY XY 50 Q		2013 2014	
CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
PARTICULAR		BRANCA	
VENCIMENTO		30/06/2020	
OBSERVAÇÕES			
LOCAL			
CAMPINA GRANDE			
DATA			
03/03/2020			



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 839.282.514-49 4 - Nome completo da vítima: JULIANO PAULO DE OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: JULIANO PAULO DE OLIVEIRA 6 - CPF: 839.282.514-49
7 - Profissão: LIGEIRO 8 - Endereço: RUA PROJETADA 9 - Número: S/N 10 - Complemento:
11 - Bairro: LIGEIRO 12 - Cidade: CAMPINA GRANDE 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58100-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 5892 0 CONTA: 23280 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 29/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:48:34

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212483373900000043810170

Número do documento: 21072212483373900000043810170

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200309909 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 23/02/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 6

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243417/20

Vítima: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

CPF: 839.282.514-49

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 23/02/2020

Titular do CPF: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JULIAO PAULO DE OLIVEIRA : 839.282.514-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/08/2020
Nome: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA
CPF: 839.282.514-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



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: 08/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 05892-0

CONTA: 000010023280-9

Nr. da Autenticação 44F6CC89AFD1D758





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309909

Vítima: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

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, contados 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,

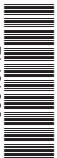
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16084092

Pag. 01483/01484 - carta_01 - INVALIDEZ

00010742





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309909

Vítima: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

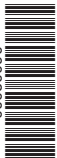
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00179/00180 - carta_25 - INVALIDEZ

00030090





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309909

Vítima: JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 23/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JULIAO PAULO DE OLIVEIRA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00201/00202 - carta_25 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 859.282.514-49	Nome completo da vítima: JULIANO PAULO DE OLIVEIRA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: JULIANO PAULO DE OLIVEIRA	CPF: 859.282.514-49	
Profissão: PEDREIRO	Endereço: RUA PROJETADA	Número: 514
Bairro: LIGUARO	Cidade: CAMPINA GRANDE	Estado: PB
E-mail:	CEP:	Tel (DDD): 183/98805-6654

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

RECEITA MENSAL:			
☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: NÚ PAGAMENTOS S.A	
AGÊNCIA: 0001	CONTA: 10003590
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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.

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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: JOÃO PESSOA, 25/08/20	TESTEMUNHAS
Nome:	Nome:	1ª Nome:
CPF:	CPF:	CPF:
		Assinatura
		2ª Nome:
		CPF:
		Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:48:34

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212483373900000043810170

Número do documento: 21072212483373900000043810170

Num. 46109045 - Pág. 27

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB**

Processo n.º 08170951820208150001

BRADESCO SEGUROS S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JULIAO PAULO DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 20 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/07/2021 12:48:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072212483653100000043810174>
Número do documento: 21072212483653100000043810174

Num. 46109299 - Pág. 2