



Número: **0802941-03.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **17/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|--|--|
| DUCLECIO CORREIA DA SILVA (AUTOR) | RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO) RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO) |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU) | |
| ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|---|-------------------|
| 37464 711 | 04/12/2020 09:07 | <u>2770782_CONTESTACAO_Anexo_02</u> | Outros Documentos |



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

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190280247 **Vítima: DUCLECIO CORREIA DA SILVA**

Data do Acidente: 09/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DUCLECIO CORREIA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01037/01038 - carta_01 - INVALIDEZ



00020519

Carta nº 14204292



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:07:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409074081000000035745970>
Número do documento: 20120409074081000000035745970

Num. 37464711 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190280247 Vítima: DUCLECIO CORREIA DA SILVA

Data do Acidente: 09/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DUCLECIO CORREIA DA SILVA

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

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: DUCLECIO CORREIA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000106950-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: | Nome completo da vítima: | | |
| | 10076326403 | Dulcécio Correia da S. Silva | | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | | |
| Nome completo: Dulcécio Correia da S. Silva | | CPF: 10076326403 | | |
| Profissão: RECUSO | Endereço: SIT. CAMPIN DE CHÉIRO DE CIMA | Número: S/N | Complemento: CASA | |
| Bairro: ZONA RURAL | Cidade: CAaporá | Estado: PI | CEP: 58326-000 | Tel.(DDD): (83)981086728 |
| E-mail: | | | | |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

| | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **1033** CONTA: **106950** **5**
(Informar o dígito se existir) CONTA: **106950** **5**
(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) CONTA: _____
(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

INVALIDEZ PERMANENTE
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) 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.

16 ABR. 2019

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

MORTE
Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 08/04/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(* Assinatura de quem assina o RODO

Josélio Correia da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
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 RODO, 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.

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





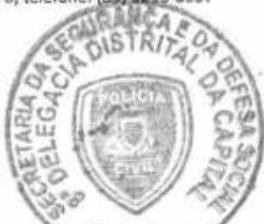
Poupança





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
Gerência Executiva de Polícia Civil
8ª DELEGACIA DISTRITAL DA CAPITAL
Av. Parque, SN, Distrito Industrial, João Pessoa-PB, CEP: 58082-030 João Pessoa/PB, telefone: (83) 3218-5357

C E R T I D Ã O .
485/2019



CERTIFICO que revendo o livro destinado a registro de ocorrências desta Unidade Policial, precisamente a ocorrência nº 485/2019, na mesma continha o seguinte teor: Aos quinze dias do mês de abril, do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de João Pessoa/PB e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Jorge Rodrigues da Costa, compareceu o Sr. **Duclecio Correia da Silva**, brasileira, união estável, natural de Caapor/PB, nascido aos 11/04/1993, filho de Severino Gomes da Silva Filho e de Josefa Correia de Lima Silva, portador da cédula de identidade nº 3 911 353 Seds/PB e CPF nº 100.763.264 - 03, residente (no) **Sítio Capim de Cheiro, zona rural de Caaporã**, identificado pelo CEP 58.326-000, e notificou que, Na noite do dia 09 de março do ano fluente, por volta das 20:00 horas aproximadamente, quando se conduzia na motocicleta Honda CG 150 FAN, ano e modelo 2011, cor prata e placa OEX 4190 PB, identificada pelo chassi nº 9C2KC1680BR545533, cadastrada em nome de **Gemerson Machado de Oliveira**, na PB 044 que cruza a cidade de Caaporã, quando em questão de segundos, foi surpreendido e alvo de colisão frontalmente por parte de um veículo de placas e Condutor não identificado, na contra - mão e em sua direção, consequentemente, após o impacto, foi socorrido ao Complexo Hospitalar Mangabeira, onde ficou diagnosticado Fratura – Luxação de Montegia. Conforme Laudo Médico apresentado. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 25 de abril de 2019.

Everaldo Martins da Costa
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL.

Duclecio Correia da Silva





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: | Nome completo da vítima: | | |
| | 10076326403 | Dulcécio Correia da S. Silva | | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | | |
| Nome completo: <i>Dulcécio Correia da S. Silva</i> | | CPF: <i>10076326403</i> | | |
| Profissão: <i>RECUSO</i> | Endereço: <i>SIT. CAMPIN DE CHÉIRO DE CIMA</i> | Número: <i>5/1</i> | Complemento: <i>CASA</i> | |
| Bairro: <i>ZONA RURAL</i> | Cidade: <i>CAaporá</i> | Estado: <i>PI</i> | CEP: <i>58326-000</i> | Tel.(DDD): <i>(83)981086728</i> |
| E-mail: | | | | |

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

RENDIMENTO MENSAL:

| | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: *1033* CONTA: *106950* *5*
(Informar o dígito se existir) CONTA: *106950* *5*
(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) CONTA: _____
(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) 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.

16 ABR. 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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.

| | | | |
|--|--|---|-------------|
| MORTE INVALIDEZ PERMANENTE DADOS CADASTRAIS | Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado | Local e Data: <i>João Pessoa 08/04/2019</i> | TESTEMUNHAS |
| | Nome: _____ | 1º Nome: _____ | |
| | CPF: _____ | CPF: _____ | |
| (*) Assinatura de quem assina A RODO <i>Julcécio Correia da Silva</i> | | Assinatura | |
| Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | | 2º Nome: _____ | |
| | | 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 RODO, 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.

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





Poupança



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

Ficha Nr: 211424 Atd: Nao Regul.
Data: 09/03/2019
Hora: 21:47:54
Repcionista: GABRIELA DA COSTA / EI
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DUCLECIO CORREIA DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2019.03.000954

CNS: 898000418427293 Sexo: M CARTAO SUS: 898000418427293 Fone: 991148950

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 11/04/1993 Id: 25 ano(s)

End.: SITIO CAPIM DE CHEIRO,00

Bairro: ZONA RURAL Cidade: CAAPORA UF :PB

Mae: JOSEFA CORREIA DE LIMA SILVA Pai: SEVERINO GOMES DA SILVA FILHO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MONTADOR SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA/JESSICA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXCARRO AS 19.00 CAAPORA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

PACIENTE COM TRAUMA EM PUNHO (SIC)

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PROTÓCOLO AG. JOAO PESSOA

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

SAMU

negar sangue. Nega racinacao atualizada.

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico) Paciente trazido pelo SAMU, intubado de colaral e amoxmoto. Nega perda da consciência, náuseas, vômitos, cefalgia ou náuseas. Apresenta uso de óculos. Ao exame físico: (A) visão acima percular. Nega dor ou incisão. (B) respirando com bom controle. (C) sem alterações abdominais, tópicas ou peritoniticas. (D) consciente e orientado. Glasgow 15. (E) presença de lesões corto-contusas, perna, tornozelo e planta da perna, sem prejuízo da mobilidade. Deverem monitorizar ativa e passiva um HSI. (F) Conduta: (1) Rx de tornozelo e entebnaco E (2) limpeza + sutura (3) protocolos da ortopedia.

Prescrição

Horário da medicacão

CRM-PB 7689
Dr. Leandro Nogueira

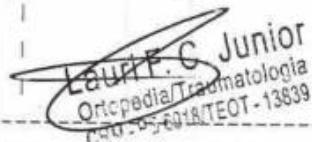
Dr. David Andrade da Silva
CHIRURGO GERAL
CRM-PB 10541



504.

#RM. Furtura de unha @ (FECHADA)
Furtura de 2º MTR @ (FECHADA)
FENOMENOS COMO CONTUSOS EN

Painel. na 1/4 d. esquerda. de m/ho, nra
ar descurva, ~~queimado~~ descurva, descurva
Ser liso d. pele, pulso mole e ubre
Fenomenos como contusos em punho @
CD. Ao Compr. punho se Vira-
bulhigante.
Inverno p/ punho Vira


Lauri F. G. Junior
Ortopedia/Trumatologia
C.R.O. 56018/TEOT-13939

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

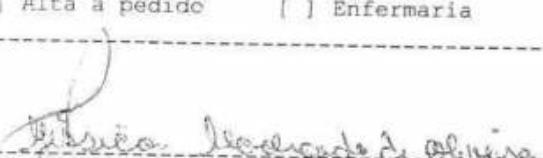
| Qtdel | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|-------|--------------|------|---------|------------------------|
| 1 | | | | |
| 1 | | | | |
| 1 | | | | |
| 1 | | | | |
| 1 | | | | |
| 1 | | | | |
| 1 | | | | |
| <hr/> | | | | |
| | | | | Reservado p/ liberacao |

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO I


Suelio Moreira Torres

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medic=



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DUCLECIO CORREIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000106950-5

Nr. da Autenticação 3AA3056F702616EB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:07:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409074081000000035745970>
Número do documento: 20120409074081000000035745970

Num. 37464711 - Pág. 10

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Reservado para simples pagamento da conta fiscalizada de energia elétrica - Nº 021.314.608



ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Faz 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.015.183 / 0001-48 Inscrição Estadual 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JESSICA MACHADO DE OLIVEIRA
SIT CAPIM DE CHERO DE CIMA S/N
CAAPORÃ

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1565793-5

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAR/2019

06/03/2019

66

13/03/2019

R\$ 20,47

Acesse: www.energisa.com.br



JESSICA MACHADO DE OLIVEIRA

Rateiro: 02-018-110-1970

83620000000-5 2047054000-6 15657932019-3 03700018019-2



VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

13/03/2019

R\$ 20,47

1565793-2019-03-7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:07:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012040907408100000035745970>
Número do documento: 2012040907408100000035745970

Num. 37464711 - Pág. 11

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GEMERSON MACHADO DE OLIVEIRA,
RG nº 3182893, data de expedição 07/03/06,
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 076.822.864-66, com
domicílio na cidade de CHAPORÁ, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
rua CARIM DO CHAPORÁ, nº 5/N,
complemento ZONA PIRAI, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima WILCÉIO CORRÊA DA SILVA cujo o condutor era
WILCÉIO CORRÊA DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA 350 X-ADV ESD
Ano: 2011
Placa: OEX-4180
Chassi:
Data do Acidente: 09/02/2019
Local e Data: CHAPORÁ - PB 08/04/2019

Gemerson Machado de Oliveira
Assinatura do Declarante



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

CARTÓRIO SOUSA SOARES - NOTAS, DOC. E
Travessa do Forum, S/N, Centro, Caaporá, PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
GEMERSON MACHADO DE OLIVEIRA

Doc fá. Caaporá/PB - 15/04/2019

Escrevente: Hermógenes Bezerra Gomes Filho

Selo Digital: AIK10448-PJQC

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 0,91 FARPN R\$ 0,29 MP R\$ 0,16 FPFPI R\$ 1,98

Hermógenes Bezerra Gomes Filho

Escrevente





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | | | |
|--|------------------|--|--------------------------|------------------------------------|------------|
| NOME DUCLECIO CORREIA DA SILVA | | | | PRONTUÁRIO N° | |
| IDADE 25 anos | SEXO masc | COR | CLÍNICA Ortopedia | ENF.12 | LEITO: 145 |
| DATA DE ADMISSÃO: 09/03/2019 | | DATA DE ALTA: 20/03/2019 | | TEMPO DE PERMANÊNCIA | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura/ LUXAÇÃO DE MONTEGIA</i> | | | | CID 552.2 | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i> | | | | | |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS | | | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea da ulna e luxação de cabeça do</i> <i>io</i> COMPREV | | | | | |
| TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA | | COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | | 16 ABR. 2019 | | | |
| INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO | | PROTÓCOLO <i>AG. JOÃO PESSOA</i> | | COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO | |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA | | | | | |
| CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO | | () REMOVIDO | () A PEDIDO | () CURADO | () |
| ÓBITO | | | | | |

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de ulna foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placa dcp. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Ciprofloxacina e Deocil*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **15** dias para revisão.(dr. Tibiriçá)

Dr. Pedro Pietrzaki Cerutti
Médico
CRM-PE 27751

20/03/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,

CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Duchenio Conagua dos Sáu Data da Admissão: 09/10/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /
QPD: Dor e desconforto em Anterior e
HDA: Painel que tem de vermelho de azul.
Apresentado dor e desconforto em
antebraços. (e)
Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melenas []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____
SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] JDM [] JTB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Cas
[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NE _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares:

*Rx fígado de pele
fígado de 7:000.*

Hipóteses Diagnósticas:

Neurite de Olho (O)

Conduta:

*Verificar para ver**Lauri F. G. Junior
CRM: 142100-SIN, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pe-*

Rua Ag. Fiscal José Costa, 14910-000, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pe-





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| Nome: <i>Dulcécio Coceira do Silve</i> | | | | Registro: | |
|---|-----------------|------|----------|-----------------|-----------|
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clinica: | EMP: | LR: |
| Data: | Cirurgião: | | | 1º Assistente: | |
| 2º Assistente: | 3º Assistente: | | | Instrumentador: | |
| Anestesista: | Tipo Anestesia: | | | Horário: | I: T: |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| <i>Fx Ulna (olímpario)</i> <i>Dr. Tibirica Medeiros</i> <i>Ortopedia Traumatologia</i> <i>Cirurgia Ombro e Cotovelo</i> <i>CRM-PB 7296 CREMESP 18474</i> <i>TELE 15069</i> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| <i>O mesmo</i> | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | | CÓDIGO |
| <i>R.A.F/</i> | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não | | | | | Descreva: |
| Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não | | | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Pcte em DDTI sob anestesia
- Asepsia + Antissepsia + Campo estéril

Incisão:

- Incisão na via anatômica do ulho

Achados:

Conduta:

- Realizada luxação por plato
- Redução dos fragmentos + fixação com placa DCP 3,5 + parafusos

Fechamento:

Sutura com plato
Curativo

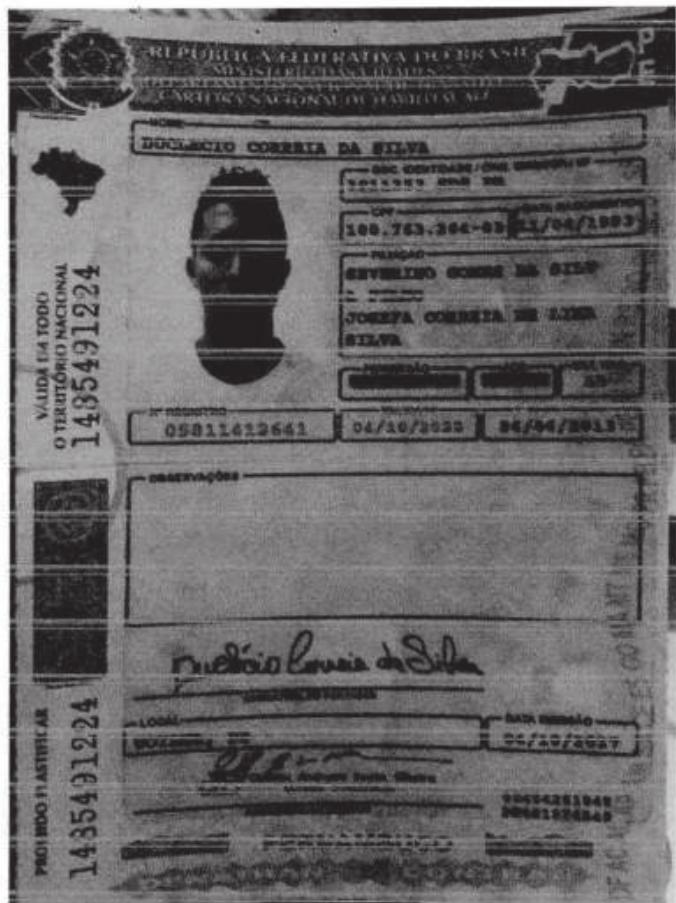
OBS: Solicito Rx anteropar. e laterais
VI avaliação da luxação subacromial
Rádio

Data: ____/____/____

Dr. Ribeiro Medeiros
Ortopedia Traumatologia
e Cirurgia Ombro e Cotovelo
CRM-PB 7296 - CRM-PB 06224
FETI 40089

MÉDICO/CE

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:07:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409074081000000035745970>
Número do documento: 20120409074081000000035745970

Num. 37464711 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:07:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409074081000000035745970>
Número do documento: 20120409074081000000035745970

Num. 37464711 - Pág. 19

| | | | |
|---------------------------------|-----------|----------------------|-----------------|
| LETRAN - PB | | 1013928629270 | |
| CERTIFICADO DE PROIBIÇÃO DE USO | | | |
| DATA: 06/09/2016 | | VALIDADE: 23/09/2016 | |
| 1 00377781 0 | | 10/00 00000 2017 | |
| EMERSON MACEDO DE OLIVEIRA | | | |
| CPF/CNPJ | | MUNICÍPIO | |
| 17682286466 | | CEX4190/PB | |
| PLACA/CHASSIS | | CHASSIS | |
| NO/C | PB | SC1KC16/DBR545533 | |
| ESPECIE/PO | | COMBUSTÍVEL | |
| AS/MOTOCICLETA/NO APLIC | | ALCOOL/GASOL | |
| CARRO/CARRO | | ANO/FAB. ANO/MOD. | |
| FORA/CARRO | ES/PT | 2001 2001 | |
| CARRO/PO/OL | CATEGORIA | | COR/FRE/ARMA/TE |
| 2 P/149 /21 | PARTIC | | PRATA |
| COTATINCA | | VEN/DO/ANUNCA | |
| 1 PVA | | 00/00/0000 | |
| TAXA PVA | | VALORE AMAMENTO/DOAÇ | |
| ***** | | 2 ^o | |
| PRIMO PARIF. P/DO/00 | | 3 ^o | |
| IDF/00 | | FIM/00/0000 | |
| SEGUNDO PARIF. P/DO/00 | | DATA DE PAGAMENTO | |
| ***** | | 13/10/2017 | |
| SEM RECEBIDA DE DOMINIO | | | |
| CARRO/PO/OL | | DATA | |
| 31/12/2016 | | 15/12/2016 | |
| 6080 | | | |





Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ FONE (____) _____

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, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - I

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DA RESIDÊNCIA DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FONTE DE INGRESSO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - I

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS.

INFORMAÇÕES IMPORTAIS

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.300,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = 60% DA SALÁRIO MÍNIMO
 - DESPESAS MÉDICAS = 100% DA SALÁRIO MÍNIMO
 - VARIAS CONFORME A LEGISLAÇÃO
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO é DE 30 DIAS, COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODER SÃO LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, PODE SE DIRIGIR À AGÊNCIA DA COOPREV SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280247 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DUCLECIO CORREIA DA SILVA **Data do acidente:** 09/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA URNA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 4, 5

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 funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| | | Total | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190280247 **Cidade:** Caaporã **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DUCLECIO CORREIA DA SILVA **Data do acidente:** 09/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA URNA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 4, 5

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 funcional completa de um dos membros superiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| | | Total | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130731/19

Vítima: DUCLECIO CORREIA DA SILVA

CPF: 100.763.264-03

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/03/2019

Titular do CPF: DUCLECIO CORREIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DUCLECIO CORREIA DA SILVA : 100.763.264-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/04/2019
Nome: DUCLECIO CORREIA DA SILVA
CPF: 100.763.264-03

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/04/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

DUCLECIO CORREIA DA SILVA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 09:07:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120409074081000000035745970>
Número do documento: 20120409074081000000035745970

Num. 37464711 - Pág. 24