



Número: **0809308-43.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **16/11/2020**

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
LUIZ CARLOS DA SILVA (AUTOR)	RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) JHANSEN FALCAO DE CARVALHO DORNELAS (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38834 097	28/01/2021 11:14	<u>Petição</u>	Petição
38834 551	28/01/2021 11:14	<u>2776009_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
38834 554	28/01/2021 11:14	<u>2776009_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:14:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811142983800000037023635>
Número do documento: 21012811142983800000037023635

Num. 38834097 - 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, 22 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200347670 Vítima: LUIZ CARLOS DA SILVA

Data do Acidente: 17/06/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ CARLOS DA SILVA

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LUIZ CARLOS DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001456

Conta: 000000025783-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

DADOS CADASTRAIS		1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - NIF do sinistro ou ASL: <input type="text"/> 3 - CPF da vítima: <input type="text"/> 4 - Nome completo da vítima: <input type="text"/> <i>Douglas Carlos da Silva</i> REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012 5 - Nome completo: <input type="text"/> 6 - CPF: <input type="text"/> 064 357 384-40 7 - Profissão: <input type="text"/> 8 - Endereço: <input type="text"/> <i>Recurso</i> <i>Rua Briz Olívio Pereira Siqueira 23</i> 9 - Número: <input type="text"/> 10 - Complemento: <input type="text"/> A 11 - Bairro: <input type="text"/> 12 - Cidade: <input type="text"/> 13 - Estado: <input type="text"/> 14 - CEP: <input type="text"/> <i>Crusíte Redentor</i> <i>Jataí</i> <i>PB</i> <i>58071-825</i> 15 - E-mail: <input type="text"/> 16 - Tel.(DDI): <input type="text"/> 17 - Telefone: <input type="text"/> <i>(82) 988331045</i>									
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: <input type="text"/> 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: <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00</td> <td><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>						<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00									
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00									
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 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 type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) </td> <td style="width: 50%;"> CONTA CORRENTE (todos os bancos): Nome do BANCO: <input type="text"/> Cartão Economia </td> </tr> <tr> <td> AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <small>(informar o dígito se existir)</small> </td> <td> AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <small>(informar o dígito se existir)</small> </td> </tr> </table>						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 type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	CONTA CORRENTE (todos os bancos): Nome do BANCO: <input type="text"/> Cartão Economia	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <small>(informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <small>(informar o dígito se existir)</small>		
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 type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	CONTA CORRENTE (todos os bancos): Nome do BANCO: <input type="text"/> Cartão Economia										
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <small>(informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <small>(informar o dígito se existir)</small>										
Autorizo a Seguradora Lider 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): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. <p>Pelo motivo acima indicado, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, 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.</p>											
23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> 23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo </td> <td style="width: 50%;"> 24 - Data do óbito da vítima: </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (várias)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não </td> </tr> </table> <p>Este sou cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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.</p>						23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:	25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (várias)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:										
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:											
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (várias)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não											
34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 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 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha											
40 - Local e Data: <input type="text"/> <i>Jataí, Paraná - 20 de Setembro de 2020</i> 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <input type="text"/> 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)											
43 - Assinatura do Procurador (se houver) 44 - Assinatura do Juiz (se houver)											





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00266.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00266.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:14 horas do dia 23 de setembro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Luiz Carlos da Silva**, conhecido(a) por Carlinhos, CPF nº 064.357.384-40, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria da Penha da Silva e José da Penha Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/12/1986 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Elmano Pereira de Siqueira, Nº 23-A, complemento CASA, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Próximo da Padaria, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Avenida Ministro José Américo de Almeida, nº S/N, Via Pública, Próximo Ao Mercadinho Beira-rio, João Pessoa/PB, bairro Torre, Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc), Data/Hora: 17/06/20 06:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 150 TITAN ESD, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2012/2012, UF: PB, placa OFH-9226, chassi 9C2KC1650CR309007, renavam 0048743586-9, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO PILOTAVA O VEÍCULO NO LOCAL JÁ DESCRITO AMBOS ANTERIORMENTE ACIMA, PERDEU O CONTROLE DO MESMO E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE E QUE O DECLARANTE QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS PERTINENTES A SUA SITUAÇÃO E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM, O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DESTE ESTADO.

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.

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00266.01.2020.1.05.101

1/2



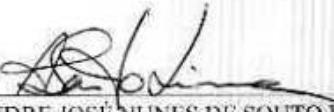
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:14:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811143006100000037023639>
Número do documento: 21012811143006100000037023639

Num. 38834551 - Pág. 3

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
5^a Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



Lucena/PB, 23 de setembro de 2020.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0


LUIZ CARLOS DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 00266.01.2020.1.05.101

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:14:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811143006100000037023639>
Número do documento: 21012811143006100000037023639

Num. 38834551 - Pág. 4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIF do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
Douglas Carlos da Silva

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

5 - Nome completo: <i>Douglas Carlos da Silva</i>	6 - CPF: <i>064 357 384-40</i>
7 - Profissão: <i>Recluso</i>	8 - Endereço: <i>Rua Briz Olívio Pereira Siqueira 23</i>
9 - Número: <i>A</i>	10 - Complemento: <i></i>
11 - Bairro: <i>Cristo Redentor</i>	12 - Cidade: <i>Jataí - Paraná</i>
13 - Estado: <i>PB</i>	14 - CEP: <i>58071-825</i>
15 - E-mail: <i></i>	16 - Tel.(DDI): <i>(43) 988331045</i>

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

1 - CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

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

AGÊNCIA: CONTA:
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: *Caixa Econômica*

AGÊNCIA: CONTA:
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 acima acido, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, 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 Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Este sou cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

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

40 - Local e Data: *Jataí - Paraná - 20 de Setembro de 2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Douglas Carlos da Silva*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

--- 11 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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: 16/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ CARLOS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000025783-5

Nr. da Autenticação 94B7AE5A8B454561



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:14:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811143006100000037023639>
Número do documento: 21012811143006100000037023639

Num. 38834551 - Pág. 6

LUIZ CARLOS DA SILVA
RUA JUAN CARLOS I, 100 - VILA S. CLARA, 22140-000
JOAQUIM REBECA, FONE: 3227-2231 (AS 11)
CNPJ: 11.100.000/0001-02



Grupo CONVENTIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo E1
Classe RES/NTC 611 / Sucessão RESIDENCIAL
Uso(s) MONOFÁSICO
Estado RJ - 501-5740 Número 00000000000

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1383952-7

CADASTRE SUA FATHIA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZANDO O CODIGO: 0010389-1-7

RESERVADO AO FISCO - 6783-1118-2856-0033-0501-0111-0753-2094

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Maria	93	Descrição	Valor (R\$)
Júlio	94	Serviços de Luz da Eletrobras PB	51,84
Júlio	95	Combustíveis	32,47
Antônio	27/04/20	Alimentação	29,97
Antônio	27/05/20	Entretimento, Sustento	2,03
Quinto		Impostos, Multas e Encargos	17,45
Antônio		Outros Serviços	0,08
Quinto		Total	100,00
Jan/20			
Fev/20			
Mar/20			
Abr/20			
Vera			
PRÓXIMA LEITURA		Emissora de Luzes Sistemas de Iluminação Ltda - Sier 21-2021-188101	
25/06/2020			

Digitized by srujanika@gmail.com

PERÍODO	MENSAL	APURADO TRIMESTRE	ANUAL	LIMITES DE RETENÇÃO (%)
Meses que o cliente ficou com energia - DC	4,45	2,57	5,81	10,82
Vitória que o cliente ficou com energia - FIC	3,23	2,05	4,47	13,35
Curto prazo de menor vulnerabilidade de energia no período - DMIC	7,17	4,77	10,00	10,00

ATENÇÃO
Decreto-lei de 14 de Junho de 2002 - Decreto-Lei n.º 12.007 de 29 de junho de 2002, informa-nos da introdução das restrições referentes ao consumo regular de energia elétrica destinadas a consumidores que vêm a ter, no ano de 2002, nos seus contos, as seguintes desfazimentos de consumo nómico. São as alterações no consumo, as quais sejam das seguintes maneiras: os desfazimentos da conta a que se refere, e das contas anteriores.
- Para efeitos de cálculo, a energia excessiva é medida para a render pelas canais e redes, isto é, aquela

de Italia 0800 726 239.
Salvadore 0800 726 474.

CO₂ XG power law



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:14:30
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811143006100000037023639>
Número do documento: 21012811143006100000037023639

Núm. 38834551 - Pág. 7



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1241740 e PRONTUÁRIO nº 123173

PACIENTE: LUIZ CARLOS DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 20.12.86

Data e Hora do Atendimento: 17.06.20

Horário: 9:46h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vitima de acidente de motocicleta procedente do ORTOTRAUMA apresentando quadro de trauma no ombro esquerdo com fratura da cabeça do úmero. Atendido pelo Dr. Heisenberg B. M. Almeida CRM 6229, Dr. Remo Soares CRM 2447, Dr. Alexandre Nishimi CRM 10730.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

CID 10 S 42 2

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, Rx do braço ombro esquerdo AP e Perfil e tratamento cirúrgico em 28.06.20 com osteossíntese do úmero proximal esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: Em 29.06.20 às 6:06h.

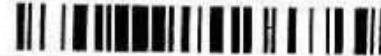
Data da Emissão: 17.08.20

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9 / CRM- 3920

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HETSHL
CRM- 3920

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





Identificação do paciente			
ID 1512668	Nome LUIZ CARLOS DA SILVA		Sexo Masculino
Data de nascimento 20/12/1986	Idade 33 anos 5 meses 28 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião Prontuário
Mãe MARIA DA PENHA DA SILVA	Pai JOSE DA PENHA SILVA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)		
DDD Celular 83	Celular 987166314		DDD Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3065717		Nº Crn: 705801475129635
Local de procedência	Tipo UF		
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R
Endereço			
CEP 58071685	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ROSA DE FÁTIMA
Número 23	Complemento Bairro CRISTO REDENTOR		
Admissão			
Data e Hora 17/06/2020 09:46:49	Número da pulseira 1000007950031	Convênio: SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
*vôo de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou CARRO PARTICULAR		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por MISAEI DE JESUS MEDEIROS			Tempo 01seg

[Imprimir](#)





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Nogueira Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LUIZ CARLOS DA SILVA	1241740	17/06/2020 09:48:49	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
20/12/1986	33a 5m 28d	Masculino	(83) 987156314
Mãe		705801475129635	Prontuário
MARIA DA PENHA DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
ROSA DE FÁTIMA, 23	CRISTO REDENTOR	JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANDRÉ GUSTAVO SOARES XIMENES	12412/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
17/06/2020 09:56:09		17/06/2020 11:00:03	

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial Sistólica:	Pressão Arterial Diastólica:	Frequência Cardíaca:	Frequência Respiratória:
Temperatura Corporal:	Saturação (spO2):	Hemoglicose (HGT):	
Peso:	Altura (m): 0		Cor da Pele: NORMAL

ANAMNESE

Ortopedia Pcte com história de queda de moto há 4 horas, apresenta dor no ombro esquerdo. Veio encaminhado do ortotrauma de mangabeira por dr Heizenberg. Ao exame: NV preservado; adm no ombro esquerdo limitada. Rx evidenciando fratura da cabeça do úmero esquerdo. Nega alergia a medicamentos. CD: Internamento para lto cirúrgico Staff: Dr Remo castro

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H
Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES:: SE PAS > 160 OU PAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES:: EM JEJUM, PELA MANHÃ)
<60

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES:: SE HGT <60)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 8/8H

CUIDADOS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

ELETROCARDIOGRAMA

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP, PERfil ESCAPULAR E AXILAR)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

Dr. André G.S. Ximenes

METEC
CRM-PB-12412



GLICÓSE
HEMOGRAMA COMPLETO
UREIA

IONOGRAMA

PROCEDIMENTO

TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: MSE)

CID10

S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero

Conduta

Internar Paciente

Dr. André G. S. Ximenes
Médico
CRM-PB 12412

Enfermeiro

ANDRE GUSTAVO SOARES XIMENES
(CRM: 12412/PB)

Boletim registrado por: MISAEL DE JESUS MEDEIROS em 17/06/2020 09:46:50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:14:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811143006100000037023639>
Número do documento: 21012811143006100000037023639

Num. 38834551 - Pág. 11



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LUIZ CARLOS DA SILVA	1241740	17/06/2020 09:46:49	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
20/12/1986	33a 5m 28d	Masculino	(83) 987166314
Mãe			Prontuário
MARIA DA PENHA DA SILVA			
Endereço	Bairro	Município	UF
ROSA DE FÁTIMA, 23	CRISTO REDENTOR	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	REMO SOARES DE CASTRO	2447/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição:	
17/06/2020 09:56:09		17/06/2020 10:21:58	

SINAIS VITais

Pressão Arterial Sistólica:	Pressão Arterial Diastólica :	Frequência Cardíaca:	Frequência Respiratória
Temperatura Corporal:	Saturação (sp02):	Hemoglicose (HGT):	Cor da Pele: NORMAL
Teso:	Altura (m): 0		

NAMNESE

pcte com trauma no ombro esquerdo com fratura de cabeça da úmera encaminhado do ortotrauma de mangabeira por dr heizenberg, solicitado rx

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DA ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL ESQUERDO

CID10

S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero

Conduta

Em observação

Enfermeiro

Dr. Remo Soares
03002447
REM0 SOARES DE CASTRO
(: 2447/PB)

Boletim registrado por: MISael DE JESUS MEDEIROS em 17/06/2020 09:46:50



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME:	LUIZ CARLOS SILVA	BE/PRONTUÁRIO	1241740
IDADE:	33 SEXO: FEM	COR:	DATA: 28/6/2020
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA	M03	
CIRURGIA:	OSTEOSSINTSE DE UMERO PROXIMAL E		
CIRURGIÃO:	DR TIBIRIÇA MEDEIROS	1º ASS:	DR. ALEXANDRE NISHIMI
2º ASS:		3º ASS:	
INSTRUMENTADOR:		ANESTESISTA:	DR ANTONIO C.
TIPO DE ANESTESIA:	BLOQUEIO ANESTÉSICO	HORÁRIO INÍCIO:	TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO	CID:
FRATURA DE UMERO PROXIMAL	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
OSTEOSSINTSE DE UMERO PROXIMAL	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA
ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

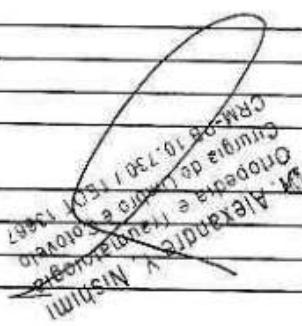
DATA: 28/6/2020

CEM-PB 10.100 / TEC 1060
Operação de Ombro e Cotovelo
Dr. Alexandre Nishimi



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS	
ANTIBIOTICOPIROFILAXIA	
Incisão:	
INCISAO DELTOPEITORAL	
DIVULSAO POR PLANOS	
HEMOSTASIA CRITERIOSA	
Achados:	
FRATURA DE UMERO PROXIMAL	
Conduta:	
REPARO TUBEROSIDADE COM ETHIBOND + REDUÇÃO CRUENTA	
FIXAÇÃO COM PLACA ANATOMICA BLOQUEADA EM UMEPO COM COM(PHILLUS) + PARAFUSOS	
CHECADO SOB ESCOPA COM BOA REDUÇÃO	
CONTROLE DA HEMOSTASIA	

Fechamento:	
SUTURA POR PLANOS	
CURATIVOS ESTÉREIS	
RX DE CONTROLE	
TIPOIA VELPEAU	
Observação:	 CRM-PE 10.730 / 15071967 Cirurgião de Ortopedia e Traumatologia Dr. Alexandre V. Nishimura

Médico/CRM:

João Pessoa,

28/6/2020



Nota de Sala Cirúrgica



NO ME DO PACIENTE	Kleuz Sáulos da Silva		
IDADE	33a BE	1241740	ANO
ESPECIALIZAÇÃO	Fratura de úmero proximal (e)		
PROFISSÃO	Dr Tiburcio + Dr Alexandre		
ANESTESIA	plexo + oxidacão		
ANESTESISTA	Dr. Antônio + Dr. Andrade (K.)		
INSTRUMENTADOR	Rox		
DATA	28.06.2020	09:40	
TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA (MINUTOS)			
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)		I: 07:55	F: 09:30
ASA X ASA 1 (ASA 1), ASA 2 (ASA 2), ASA 3 (ASA 3)			
GRAU DE CONTAMINAÇÃO X (MAYA) : CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA			
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.
ALFENTANILA		75 CO N°1	FIO CAT GUT CROMADO N°
BUTIVACAÍNA ISOBARICA		75 CO N°2	FIO CAT GUT CROMADO N°
BUTIVACAÍNA RESADA		75 CO N°3	FIO DE AÇO N°
ETANONA		75 CO N°4	FIO DE AÇO N°
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICO N°	FIO DE NYLON N°
ETOMIDATO		LÂMINA ESTÉRIL N°11	FIO DE NYLON N°
FENDAKAPITAL		LÂMINA ESTÉRIL N°15	FIO DE NYLON N°
FENTANILA		LÂMINA ESTÉRIL N°19	FIO POLIGLACTINA N° 20
FLUMAZENO		LÂMINA ESTÉRIL N°23	FIO POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO		LÂMINA ESTÉRIL N°24	FIO POLIGLACTINA N°
LEVOSUPIVACAÍNA C/VASO		LÂMINA DE DERMATOMO	FIO POLIPROPILENO N°
LEVOSUPIVACAÍNA S/VASO		LÂMINA DE ENDERTE	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAINA C/VASO		LÂMINA ESTÉRIL N°25	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAINA S/VASO		LÂMINA ESTÉRIL N°26	FIO POLIGLECAPRONE N°
MIDAZOLAM		LÂMINA ESTÉRIL N°28	FIO SEDA N°
MORFINA		LÂMINA ESTÉRIL N°29	FITA CARDIACA
MÍDOLUM		LÂMINA PERIDURAL N°6	MATERIAL ESPECIAL
PANCORTISONA		AGULHA ESTÉRIL N°17	QTD.
PETROLEA		AGULHA ESTÉRIL N°18	CATETER DE PIC
PROPOFOL		AGULHA RAQUÍ N°25G	CIMENTO CIRÚRGICO
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUÍ N°26G	CLI TITÂNIO LIGADURA
ROCUÍMO		AGULHA RAQUÍ N°27G	FIO KIRSCHNER N°
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO KIRSCHNER N° 2,0
SUXAMETÔNIO		ATÂDURA DE CREPOM	FIO STENNMAN N°
TÓPICAL		ATÂDURA GESSADA	FIXADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	MATERIAIS	
ADRENALINA		BOLSA PI COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°4
GLA DESTOLADA		CÂNLULA PI TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°5
ATROPINA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°13
HEXTRA		CATETER EMBOLÉC ANTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14
CEFAZOLINA	19	CATETER EPIDURAL N°6	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°7	SONDA FOLEY 2VIAS N°12
DIPRONA SÓDICA		CATETER EPIDURAL N°8	SONDA FOLEY 2VIAS N°14
EFEDEINA		CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA
FUROSEMIDA		COLET LINHA FECHADA	SONDA NASOG. LONGA
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA RETRÁTIL N°
GLICONATO DE CALCIO		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TONGUEBLISTER
HIDROCORTISONA		DREN DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°
LIDOCAINA GELEIA		DREN DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°
ONDASENTRONA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL N°
PLATE		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)
POSTOMINE		EQUIPO TRANS. SANGUE	
PROTAVINA		EQUIPO MICROGOTAS	EQUIPAMENTOS
TENOKAN		ESPONJA DE PVPI	FIOS
		ESPARADRAGO	FIO ALGODÃO SIA N°
		GAZES	FIO ALGODÃO SIA N°
		GAZES ALGODONADAS	FIO ALGODÃO CIA N°
		GEL ELETROLÍTICO	FIO ALGODÃO CIA N°
		IELCO N°14	Estetond 3
		IELCO N°16	
		Jaqueapilon 30	

In operação

nº 2

FNG ASC 001

Carenagem
G350





CHECK LIST CIRURGIA SEGURA - SALVA VIDAS

HOSPITAL

Período Pré-Operatório

16/02
Domingo

1.1 Dados de Identificação

Nome: Fábio Carlos Silva BE/Prontuário: 1243740

Idade: 33 Sexo: M Enfermaria: _____ leito: _____

Data da visita Pré-Operatória: 26/06/20 Hora: _____

Alergias: () sim () não () não sabe Quais: _____

Dor: () presente () ausente Local: _____

Sítio Cirúrgico - Passado Cirúrgico: _____

Antecedentes familiares: _____

Checkar exames pré operatório(hemograma, glicemia, SSVV, ECG e risco cirúrgico)

OBS: OK

Chegar documentos: visita pré-cirúrgica (✓), visita pré – anestésica () Termo de autorização para procedimento cirúrgicos () OBS: _____

Utilização() sim () não

Orientações:

(✓) Retirar prótese e adornos

(✓) Jejum informado

(✓) Orientação sobre: banho com clorexidina deg-1-2horas antes da cirurgia mais higiene oral criteriosa. confortar o paciente explicando o procedimento e funcionamento do centro cirúrgico

(✓) Realizar tricotomia

Enfermeiro/Coren(a): Dra. Fabiana Souza, Dantas COREN: 0170-ENF

Obs. Sinalizar aos enfermeiros plantonistas e aos médicos responsáveis quaisquer pendências.

Período Transoperatório

Procedimento: Tto. Eix. de Trat. de Ómero Proximal (E)

1.2. Antes da indução anestésica (identificação)

(✓) identidade concluída/avaliação pré-anestésica

(✓) Sítio demarcado (✓) Consentimento informado

(✓) Procedimento cirúrgico (✓) Jejum

(✓) Verificação de segurança anestésica

> O PACIENTE POSSUI:

Via aérea difícil/ risco de aspiração?

() Não (✓) Sim e equipamento/ Aspiração disponível () Houve recusa de resposta médica

Risco de perda sanguínea > 500ml . (7ml/kg em crianças)?

() Não

(✓) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

(✓) Reserva Hemocomponentes

() Houve recusa da resposta médica

> Checagem equipamentos

(✓) Monitorização (✓) Bisturi elétrico (placa + cabo) (✓) Suporte de oxigênio

(✓) Aspirador (✓) Carro de anestesia + alarmes + oxigênio e agentes inalatórios

(✓) OPME () não se aplica (✓) Realização de desinfecção na sala N° 01

(✓) Conferir esterilização das embalagens () Houve recusa da resposta médica

> ACESSO VENOSO

(✓) Periférico () ACV

F(NG).ASCIR.035-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:14:30

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811143006100000037023639

Número do documento: 21012811143006100000037023639

Num. 38834551 - Pág. 16



Documento de Alta

Nome: LUIZ CARLOS DA SILVA			Número Prontuário: 123173
Data de Nascimento: 20/12/1986	Sexo: Masculino	Data de Internação: 17/06/2020 12:27:54	Data de Alta: 29/06/2020 06:06:15
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: TRATAMENTO CIRURGICO DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO			
Resumo da Internação: #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL E #12DIH MA ADMISSAO: Pote com historia de queda de moto ha 4 horas, apresenta dor no ombro esquerdo. Velo encamisante do ortopreuma de mangabeira por dr Heisenberg. Ao exame: NV preservado; adm no ombro esquerdo limitada, Rx evitando fratura da cabeça do úmmero esquerdo. Nega alergia medicamentosa HOJE, PACIENT NO 1ºDPO OSTEOSÍSE TENTE DE UMERO PROXIMAL E SEM INTERCORRENCIAS, POR DR ALEXANDRE NISHIME CD: ALTA HOSPITALAR ATB ANTES ANALGESICOS ORIENTACOES RETORNO AMBULATORIAL, HEMI-J STAFF DR HEISEMBERG			
Resultado de Exames: RADIOGRAFIA EXAMES LABORATORIAIS EXAME CLINICO			
Tratamento: ALTA HOSPITALAR ATB ANTES ANALGESICOS ORIENTACOES RETORNO AMBULATORIAL HEMI-J			
Diagnóstico: S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmmero			
Recomendações: TOMAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS SEGUIR OS ESTATOES RETORNO AMBULATORIAL			

Data: 29/06/2020

CLEMENTINO ALEXANDRE DE
CALDAS NETO
CRM: 7596 - PB

Dr. Heisenberg K. H. Alencar
MÉDICO CRM PB: 6229
CNS: SPN01677 29/11/11





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



Governo do Estado
PARAÍBA

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONÇALVES, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)
LUIZ CARLOS DA SILVA

RG (IDENTIDADE)

3065717

FOU ATENDIDO(A) POR: **CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO**

NO (A) **SALA DE ESTABILIZAÇÃO**

NO DIA **17/06/2020 10:05:41**

NECESSITANDO DE **60** - sessenta

DIAS) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CÓD: **S42.2**

S42.2

OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

J. Lopes - 29/06/2020

ASSINATURA DO MÉDICO ODONTOLOGO
(inserir comando nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DA CLPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

CLEMENTINO ALEXANDRE DE CALDAS NETO
(7596/PB)

HELTSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:14:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811143006100000037023639>
Número do documento: 21012811143006100000037023639

Num. 38834551 - Pág. 18

3215-5822



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Jorge Carlos da
Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 14/06/2020

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): _____

DIAGNÓSTICO: Fratura Placa

PROCEDIMENTO: Fratura Cirurgia

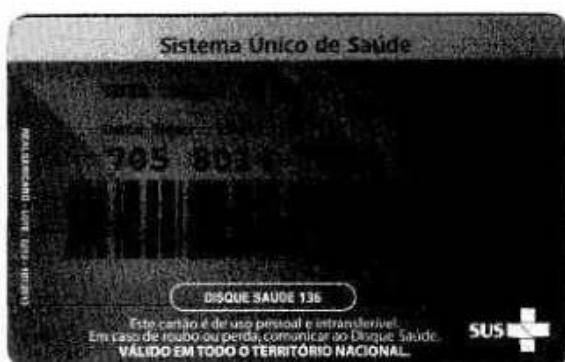
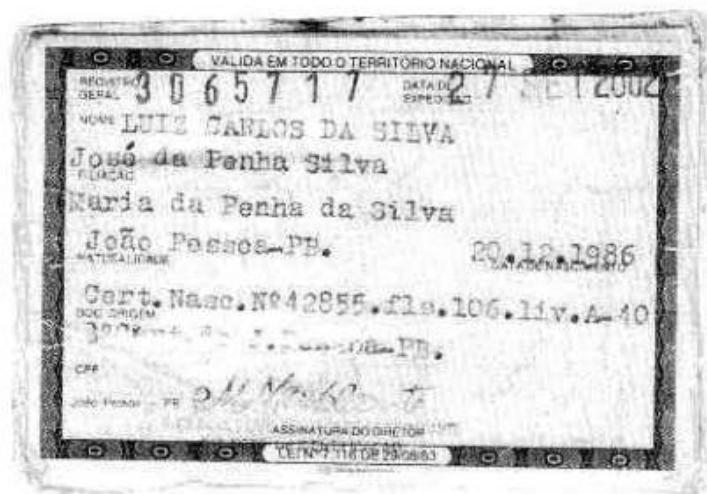
SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG).APC.035-1

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
<u>Em</u> <u>10 dias</u>	<u>Ortoped</u> <u>Dr. Alessandro</u> <u>Int. Especialista</u> <u>em Ortoped</u>		

F(NG).APC.035-1





DETRAN-PB		Nº 014666609934	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		PB Nº 014666609934	
PLACA	00487435869	VALOR	100.00000000
DATA	2019		
LUIZ CARLOS DA SILVA			
06435738330	06435738330	0FH9226/PB	0FH9226/PB
NOME	062KC165C908007	DATA EMISSÃO	22/08/2019
EXPIRAÇÃO	HONDA/CB150X PREMIUM ESD	DATA PAGAMENTO	2019
2019/148 / CT	PARTE	VERME DHA	2019
IPEVA	IPVA 2018	PRÉMIO TARIFÁRIO	PRÉMIO TARIFÁRIO
P	0	0	0
V	0	0	0
A	3,	3,	3,
VALOR TOTAL R\$ 100.00000000		VALOR TOTAL R\$ 100.00000000	
DATA DE PAGAMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
19/08/2019		19/08/2019	
SERE RESERVA DE DIREITOS			
0			
SEGURADORA LÍBER - DPVAT			
CNPJ 02.248.648/0001-04			
520006-159115-20190822			
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:14:30			
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811143006100000037023639			
Número do documento: 21012811143006100000037023639			



SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, POR ÁREA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PB Nº 014666609934

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
22/08/2019

1 06435738440 CPF/CNPJ

PLACA
OFH9226/PB

RENAVAM
00487435869

MARCA / MODELO
HONDA / CG 150 TITAN ESD

ANO FAB
2012

CAT. FAB
9

Nº CHASSI
9C2KC1650CR309007

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)
SEGURO

TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)
P A G O

PAGAMENTO
COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DEQUITAÇÃO
19/08/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

52006-153105-20190822

MI-2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200347670 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ CARLOS DA SILVA Data do acidente: 17/06/2020 Seguradora: ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CABEÇA DO ÚMERO ESQUERDO.P.3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA+PARAFUSOS) - ALTA MÉDICA.
P.3,6,7,10

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO 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 DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA COM 33 ANOS/FOLHA CIRÚRGICA-P.6,7.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:14:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811143006100000037023639>
Número do documento: 21012811143006100000037023639

Num. 38834551 - Pág. 23



Seguradora Líder - DPVAT

- IDENTIFICAÇÃO

VITIMA _____	CPF DA VITIMA _____	
DATA DO ACIDENTE _____		
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO		
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	(<input type="checkbox"/>) VITIMA	(<input type="checkbox"/>) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM A VITIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR	Nº _____	Bairro _____
COMPLEMENTO _____	UF _____	CEP _____
CIDADE _____	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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO INI. (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPossIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INI.: DECLARAÇÃO DE AUSENÇA DE LAUDO DO INI. (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSESTANTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAI'S COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO (ORIGINAL)

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 QUIEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

SEGURADO - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSESTANTE, INFORMANDO AS LEIÕES 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 RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEN OS DADOS BANCÁRIOS, TAI'S 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 QUIEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA DOS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.594/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.200,00 (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 O: LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGU GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE: _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA: _____

DATA: _____

IDENTIDADE: _____

ASSINATURA: _____

Lázaro Moreira Torres

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0274187/20

Vítima: LUIZ CARLOS DA SILVA

CPF: 064.357.384-40

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 17/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIZ CARLOS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUIZ CARLOS DA SILVA : 064.357.384-40

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: 28/09/2020
Nome: LUIZ CARLOS DA SILVA
CPF: 064.357.384-40

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

LUIZ CARLOS DA SILVA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:14:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811143006100000037023639>
Número do documento: 21012811143006100000037023639

Num. 38834551 - Pág. 25



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08093084320208152003

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 **LUIZ CARLOS DA SILVA**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.º, 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,

JOAO PESSOA, 26 de janeiro 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 - 28/01/2021 11:14:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811143060000000037023642>
Número do documento: 21012811143060000000037023642

Num. 38834554 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 11:14:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012811143060000000037023642>
Número do documento: 21012811143060000000037023642

Num. 38834554 - Pág. 2