



Número: **0800056-22.2019.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **09/01/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|--|---------------------------------------|
| REGINALDO RODRIGUES DA SILVA (AUTOR) | VALTER LUCIO LELIS FONSECA (ADVOGADO) |
| PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (REU) | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) |
| TIAGO MARTINS FORMIGA registrado(a) civilmente como TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO) | |

| Documentos | | | |
|------------|--------------------|--|-------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 76362867 | 20/07/2023 10:09 | Petição | Petição |
| 76362868 | 20/07/2023 10:09 | 2837671_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02 | Outros Documentos |
| 76362869 | 20/07/2023 10:09 | 2837671_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01 | Outros Documentos |

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **REGINALDO RODRIGUES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180342671**

Vítima: **REGINALDO RODRIGUES DA SILVA**

Data do Acidente: **27/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **VALTER LUCIO LELIS FONSECA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180342671**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00197/00198 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 13152052



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: REGINALDO RODRIGUES DA SILVA
Nº Sinistro: 3180342671
Vitima: REGINALDO RODRIGUES DA SILVA
Data do Acidente: 27/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: VALTER LUCIO LELIS FONSECA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180342671**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **27/04/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00953/00954 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13207214





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 3380342671

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, REGINALDO RODRIGUES DA SILVA,

PORTADOR(A) DO RG Nº 1969.768 EXPEDIDO POR SSP-PB EM ___/___/___ E

CPF 021344214-01 /CNPJ _____, PROFISSÃO VIGILANTE

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA REGINALDO RODRIGUES DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada pelo beneficiário.
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1914 N° da CONTA (com dígito, se existir) 00048671-3

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

JOÃO PESSOA, 21 de AGOSTO de 2017

LOCAL E DATA

Reginaldo Rodrigues da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00757.01.2017.1.05.014

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00757.01.2017.1.05.014, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:20 horas do dia 19 de julho de 2017, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 14ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Maria Rodrigues Pereira de Vasconcelos, matrícula 674184, e lavrado por Gilvanildo Fernandes de Brito, Escrivão de Polícia, matrícula 1356704, ao final assinado, compareceu **Reginaldo Rodrigues da Silva**, CNH nº 1290201936, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Maria José Euzebio e Antonio Rodrigues da Silva, natural de Cruz do Espírito Santo/PB, nascido(a) em 28/04/1973 (44 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Prefeito Lourival Caetano, Nº 164, bairro Heitel Santiago, tendo como ponto de referência Colégio Manoel Faustino, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98707-1165.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo Gauchinha, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/04/17 06:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, afirma o notificante que na manhã do dia 27/04/2017, por volta das 06h20min se dirigia para o seu local de trabalho, pilotando sua moto de marca HONDA/NXR150 BROS MIX ES, cor preta, ano e modelo 2010, chassi nº 9C2KD0520AR022814, placa MOI4982-PB, quando teve sua moto colidida com outra moto, fato ocorrido na BR 101, Costa e Silva, João Pessoa - PB, tendo sido socorrido para o Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortopatia - Mangabeira), pela equipe do SAMU, onde lá foi diagnosticado fratura de ossos do antebraço direito, conforme Certidão nº 0896/2017 e Declaração do SAMU, informando que ele estava pilotando a moto cujo documento se encontra em seu nome;QUE, foi cientificado para procurar também a 8ª DD, caso deseje ser instaurado procedimento policial.

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.

Santa Rita/PB, 19 de julho de 2017.

GILVANILDO FERNANDES DE BRITO
Escrivão de Polícia

RÉGINALDO RODRIGUES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 00757.01.2017.1.05.014



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, **REGINALDO RODRIGUES DA SILVA**, brasileiro, divorciado/convivente, vigilante, RG nº 1.969.768 – SSP/PB, CPF nº 021.544.214-01, e-mail: reginaldorodrigues280+1973@gmail.com, residente e domiciliado na Rua Prefeito Lourival Caetano, nº 164, Eitel Santiago, Santa Rita/PB, CEP 58.919-000, **DECLARO**, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

JOÃO PESSOA, 21 DE AGOSTO DE 2017

Local e data

Reginaldo Rodrigues da Silva
- Declarante -





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
R. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 705/007, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1678385, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **REGINALDO RODRIGUES DA SILVA** idade 44 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto)** no dia 27/04/2017, na BR 101, Bairro: Costa e Silva - João Pessoa - aproximadamente às 06:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 04 de Maio de 2017.



Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



vivo

PATROCINADORA
OFICIAL DA
SELEÇÃO



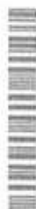
0129 - CTC RECIFE PE PL12

VALTER LUCIO LELIS FONSECA
AVENIDA JUAREZ TAVORA 522 ED Maximum Sala
410
TORRE
58040-020 JOAO PESSOA PB



7213148850580690000133003930060617

Vencimento
20/06/2017



Cadastre-se no Conta
Online. Saiba mais.



Salvo a falta de 10 dias para
o cancelamento da conta.

Telefônica



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu VALTER LUIZ LEIS FONSECA inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.698.794 / JO na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário REGINALDO RODRIGUES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.344.234 / OJ, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima REGINALDO RODRIGUES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.344.234 / OJ, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: R\$ 4.500,00 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|--|--|
| Endereço <u>AV. JUAREZ TAUBA</u> | | Número <u>522</u> | Complemento <u>Edif Maximum</u> |
| Bairro <u>TORRE</u> | Cidade <u>JOÃO PESSOA</u> | Estado <u>PB</u> | CEP <u>58040-020</u> |
| Email <u>VALTERLEIS@GMAIL.COM</u> | | Telefone comercial(DDD) <u>83-3031-9882</u> | Telefone celular (DDD) <u>83-98807-8888</u> |

JOÃO PESSOA 01 de AGOSTO de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante



DI.DRL.001 V001/2017





CERTIDÃO

Nº. 0896/2017

Atendendo solicitação de **REGINALDO RODRIGUES DA SILVA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento Nº 25222 e prontuário nº 2017.04.004127 pertencente ao mesmo que foi atendido dia 27/04/2017 às 07H26min, paciente vítima de colisão moto x moto trazido pelo SAMU, com membro superior direito imobilizado com tala referindo dor e em tornozelo direito.

Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos do antebraço direito. Realizado cirurgia dia 05/05/17 e alta medica dia 06/05/17.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 05 de julho de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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

Ficha Nr: 25222 Atd: Nao Regula
Data: 27/04/2017
Hora: 07:26:00
Recepcionista: MARIA HELENA R. ALEXA
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: REGINALDO RODRIGUES DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987071165 Num. Prontuario: 2017.04.004127
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 08/04/1973 Id: 44 ano(s)
End: RUA PREFEITO LOURIVAL CAETANO, 164 EITEL SANTIAGO
Bairro: CENTRO Cidade: SANTA RITA UF: PB
Mae: MARIA JOSE EUSEBIO Pai: ANTONIO RODRIGUES DA SILVA
Raca: BRANCA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupacao: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: CASADO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Responsavel: 988917514 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

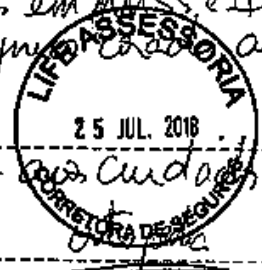
Transporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: VIT. DE COL. MOTO/MOTO AS 615H NA BR-101
Vitima de violencia por: PROX. A GAUCHINHA VINDO DO TRAB. (PROSSEGUR)
 Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICAO DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificacao de Risco:
PA: FR: Aparentemente Bem Grave
FC: TP: Politraumatizado Convulsao
Peso: Altura: Hemorragia Dispineia
IMC: Diarreia Agitado
Ad: O2%: Regular Chocado
 Vomito
Observacao

Queixa Principal

Historia - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

*paciente vitima de acidente trazido pelo SAMU
SI imobilizado, SI colocacional. Com MSD imobilizado e tala
em mudo
Preparado de em MSD e Fomoxo. S. S. S. S.
queixa: Dor em mudo e II -
Ao exame: Gloriosa SI deficit apical superior
AR: ACV = Abd = Sialt*



Conduca *Cuidados + cuidados da*

Prescricao | Horario da medicacao

*Augusto Cesar Gondim
5766*



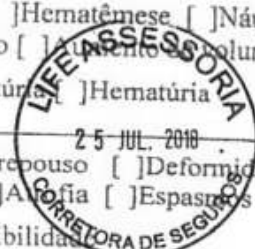


FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Reginaldo R. da Silva **Data da Admissão:** 21/09/17
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: Queixa de dor de cabeça em antebraço
HDA: paciente vítima de acidente de moto com trauma no antebraço e dor e deformidade. Apresenta também escoriações em olhos e trauma em T2

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 Solução Regurgitação Hematemese Náuseas
 Vômitos Dispepsia Diarréia Melena 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 Anestesia 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.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDA sob bloqueio troncal.
- 2) Guedes, manta + antepia + antimepia.
- 3) Aplicação de campos estéreis.

Incisão:

- 1) Incisão porção lateral em região do antebraço D.
- 2) Incisão antero lateral em região do antebraço P.

Achados:

- 1) Fratura em região distal de rádio de 1/3 médio P.
- 2) Fratura em região de distal de ulna.

Conduta:

- 1) Redução + fixação de fratura de rádio direito com os placas DCP com 08 parafusos.
- 2) Redução + fixação de fratura de ulna direita com os placas DCP com 06 parafusos.
 - 02 parafusos corticais n° 18
 - 03 parafusos corticais n° 20
 - 01 parafusos corticais n° 14.



Fechamento:

- 1) Fechamento de toda operação por planos com fios de sutura.
- 2) Imaturo oclusivo com gaze estéril + retirada de gaze.

OBS:

- 1) Tala avulsiva posterior.
- 2) Anestesia de contato.

Data: 05/05/2017

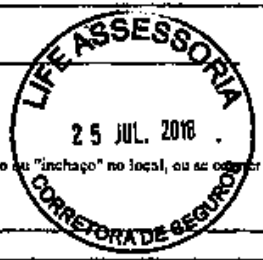
Dr. Tago Bruno F. Pinheiro
Médico
CRM 10933-PB
MÉDICO/CRM





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | |
|---|---|--|---|
| NOME <u>Reginaldo Rodrigo da Silva</u> | | PRONTO-SOLAR Nº | |
| IDADE <u>44 anos</u> | SEXO <u>M.</u> | CLÍNICA <u>ARTROSCÓPICA</u> | LEITO <u>03</u> |
| DATA DE ADMISSÃO <u>27.04.2017</u> | DATA DE ALTA <u>06.05.2017</u> | TEMPO DE PERMANÊNCIA <u>09 d.</u> | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Fratura avulsão Antebraço (D)</u> | | CID | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO | | | |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES <u>Rx de Antebraço (D)</u> | | | |
| PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Redução aberta + Fixação interna.</u> | | | |
| FARMACOTERAPIA / MEDICAMENTOS | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | | | |
| INFECÇÃO FO. <input type="checkbox"/> SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | COLETA DE MATERIAL. <input type="checkbox"/> SIM | <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |
| RESULTADO BACTERIOLÓGICO | | | |
| CONDIÇÃO DE ALTA | <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO | <input type="checkbox"/> REMOVIDO | <input type="checkbox"/> A PEDIDO |
| | <input type="checkbox"/> CURADO | <input type="checkbox"/> ÓBITO | |
| RESUMO CLÍNICO <small>HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA E COMPLICAÇÕES:</small> <u>Paciente com Fratura de antebraço fechada e deslocada, com fragmentos deslocados e fixados internamente.</u> | | | |
| ORIENTAÇÕES PÓS ALTA | | | |
| DIETA: <u>livre</u> | | | |
| REPOUSO: Relativo em casa por <u>20</u> dias. | | | |
| Retorno às atividades sem esforço físico em <u>30</u> dias. | | | |
| Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>45</u> dias e com esforço maior em <u>60</u> dias. | | | |
| CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar. | | | |
| MEDICAÇÕES PARA CASA: <u>Cefalosporina 500mg</u> | | | |
| RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. | | | |
| Ao Ambulatório do <u>Dr. Dreyfus</u> em 30 dias para revisão. | | | |
| <u>06.05.2017</u> | DATA | | |
| | Dr. <u>Enes Bessa Neto</u> MÉDICO CRM / ROR RJ 498 ASS. MÉDICO / CRM | | |
| Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | |





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | |
|---|---|---|-----------------------------------|
| NOME: <u>Reginaldo Rodrigo da Silva</u> | | PRONTUÁRIO Nº | |
| IDADE: <u>44 anos</u> | SEXO: <u>M.</u> | CLÍNICA: <u>ARTORÉDICA</u> | LEITO: <u>03</u> |
| DATA DE ADMISSÃO: <u>27.04.2017</u> | DATA DE ALTA: <u>06.05.2017</u> | TEMPO DE PERMANÊNCIA: <u>09 d.</u> | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fratura aberta Antebraço (D)</u> | | CID | |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO | | | |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES: <u>Rx de Antebraço (D)</u> | | | |
| PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Redução aberta + Fixação interna</u> | | | |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA | | | |
| INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | | COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO | |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA | | | |
| CONDIÇÕES DE ALTA | <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO | <input type="checkbox"/> REMOVIDO | <input type="checkbox"/> A PEDIDO |
| | <input type="checkbox"/> CURADO | <input type="checkbox"/> ÓBITO | |
| RESUMO CLÍNICO: <u>HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES:</u> <u>Paciente com Fratura aberta de antebraço direito, realizado Redução aberta + Fixação interna</u> | | | |
| ORIENTAÇÕES PÓS ALTA | | | |
| DIETA: <u>livre</u> | | | |
| REPOUSO: | Relativo em casa por <u>20</u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <u>30</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>45</u> dias e com esforço maior em <u>60</u> dias. | | |
| CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <u>Lava-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</u> | | | |
| MEDICAÇÕES PARA CASA: <u>Cefalexina 500 mg</u> | | | |
| RETORNO | Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <u>Dr. Dreyfus</u> em <u>30 dias</u> para revisão. | | |
| DATA: <u>06.05.2017</u> | | Assinatura: <u>Dr. Enio P. Bessa Neto</u> CRM: _____ ASS. MEDICO / CRM | |
| Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | |



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

RAZÃO SOCIAL: VALTER LUCIO LEIS FONSECA

RAZÃO SOCIAL: VALTER LUCIO FIALHO FONSECA
 SANDRA DE SOUZA LEIS FONSECA

RAZÃO SOCIAL: JOAO PESSOA/PB

DATA DE NASCIMENTO: 03/08/1983

CPF: 910.808.704-10

DATA DE EMISSÃO: 28/06/2012

VALIDADE: NÃO

13838

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 05461790

USO OBRIGATORIO
 CERTIFICADO CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (ART. 13 DA LEI Nº 8.966/94)

ASSINATURA DO ASSINANTE

CAB

200444251



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: REGINALDO RODRIGUES DA SILVA, brasileiro, divorciado/convivente, vigilante, RG nº 1.969.768 – SSP/PB, CPF nº 021.344.214-01, e-mail: reginaldorodrigues280+1973@gmail.com, residente e domiciliado na Rua Prefeito Lourival Caetano, nº 164, Eitel Santiago, Santa Rita/PB, CEP 58.919-000.

OUTORGADO: VALTER LÚCIO LELIS FONSECA, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB nº 13.838, com endereço profissional na Av. Juarez Távora, nº 522, Ed. Maximum, sala 410, Torre, João Pessoa – PB.

PODERES: a quem outorga poderes amplos e irrestritos, para pleitear o **SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)** do qual foi vítima, para o foro em geral, especialmente para representar os direitos do(s) Outorgante(s) em toda e qualquer instância judicial ou extrajudicial, podendo atuar em conjunto ou separadamente, com plenos poderes para ingressar em juízo na qualidade de autor, réu, oponente, assistente, litisconsorte, interveniente ou de qualquer outra maneira interessado, podendo usar todos os meios e recursos necessários para o andamento deste patrocínio, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, recorrer, renunciar, enfim, praticar todos os atos legais, judiciais ou extrajudiciais, visando o justo e fiel cumprimento deste mandato.

João Pessoa/PB, 21 de julho de 2017.

Reginaldo Rodrigues da Silva





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE SANTA RITA/PB

Processo: 08000562220198150331

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, 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 **REGINALDO RODRIGUES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexos de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexos causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexos entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXOS DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SANTA RITA, 19 de julho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/07/2023 10:09:12
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23072010091200000000071927418>
Número do documento: 23072010091200000000071927418