



Número: **0819488-81.2018.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **21/11/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NATIVO BARBOSA DE LIMA (AUTOR)		EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37016710	24/11/2020 10:34	Petição	Petição
37016712	24/11/2020 10:34	2622791_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
37016715	24/11/2020 10:34	2622791_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180519661 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATIVO BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: NATIVO BARBOSA DE LIMA

Nº Sinistro: 3180519661

Vítima: NATIVO BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 30/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180519661**.

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

Carta nº 13555775

Pag. 01137/01138 - carta_01 - INVALIDEZ

00020569



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: NATIVO BARBOSA DE LIMA

Nº Sinistro: 3180519661

Vítima: NATIVO BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 30/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180519661**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **30/12/2017**. 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. 00659/00660 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13594981



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 0101868118 CPF da Vítima: 601.474.904-72 Nome completo da vítima: NATIVO BAMBOSA DE LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>NATIVO BAMBOSA DE LIMA</u>		CPF titular da conta <u>601.474.904-72</u>	Profissão <u>AUTÔNOMO</u>
Endereço <u>RUA SILVA JARDIM</u>		Número <u>1.550</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>JOSE PINTHEIRO</u>	Cidade <u>CAMPINA GRANDE</u>	Estado <u>PARNABA</u>	CEP <u>58.100-000</u>
Email <u>BALBINOS CG@hotmail.com</u>			Telefone (DDD) <u>(83) 99829-8855</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00			
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome <u>BRADESCO</u> NRO <u>237</u>	
AGÊNCIA NRO. <u>0639</u> D/V <u>4</u> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <u>30260</u> D/V <u>0</u> (Informar dígito se existir)		

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Cidade Campina Grande, 05 de Novembro de 2018
Local e Data

Nativo Barbosa de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Nativo Barbosa de Lima
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº00123.01.2018.2.00.420



OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 30/12/2017

Hora: 17:08:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Em Frente Ao Paraíso do Alemão, Bodocongó, Campina Grande, PB.

PARTE(S)

VITIMA	Nome: Nativo Barbosa de Lima
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria Henrique da Conceição e José Barbosa de Lima
	Idade: 70 Data de Nascimento: 08/09/1947 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: viuvo(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Ambulante
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 601.474.904-72
	Endereço: Rua Silva Jardim, 1550, JOSÉ PINHEIRO, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
TESTEMUNHA	Telefone: (83) 98882-6546
	Nome: Francisco Pereira Barbosa
	Conhecido por: Não informado
	Filiação: Maria do Socorro Pereira Barbosa e Não Declarado
	Idade: 36 Data de Nascimento: 12/10/1981 Identidade de Gênero: masculino
	Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
	Estado Civil: casado(a)
	Escolaridade: Não informado Profissão: Vendedor
	Documentos(s) de Identificação: CPF nº 012.306.644-16
	Endereço: Rua Severino Herminio de Carvalho, 275, Bodocongó III, Campina Grande, PB
	Complemento: Não informado
	Telefone: (83) 98839-1535



Procedimento Policial: 00123.01.2018.2.00.420





TESTEMUNHA

Nome: Francisca Pereira Barbosa
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria do Socorro Pereira Barbosa e Não Declarado
Idade: 35 **Data de Nascimento:** 20/11/1982 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Iguatu
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Balconista
Documentos(s) de Identificação: RG nº 3139015 SSP/PB
Endereço: Rua José Pereira Neto Filho, 275, Bodocongó III, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98687-2010

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca WUYANG, modelo WY50QT, tipo de veículo Ciclomotor, cor branca, ano 2014, placa QFY-8689, chassi LWYMCA209E6013437, renavam 0107252820-4

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia o Ciclomotor I/WUYANG WY50QT, Ano/Modelo 2013/2014, cor branca, Placa QFY-8689-PB, Chassi de Nº LWYMCA209E6013437, licenciada em nome de

Nativo Barbosa de Lima, quando trafegava em frente a Cervejaria Paraíso do Alemão, bairro de Bodocongó, momento em que o piloto de outra motocicleta de sinais e condutor não identificado, entrou trancando, tendo o comunicante colidido na lateral da citada motocicleta, vindo a cair ao solo e sofrido fratura da clavícula do lado esquerdo, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 16 de abril de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

Nativo Barbosa de Lima
NATIVO BARBOSA DE LIMA
Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00123.01.2018.2.00.420



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

NATIVO BARBOSA DE LIMA

CPF da Vítima

601.474.904-72

Data do Acidente

30.12.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

C. G. MOREIRA 05 de Novembro de 2018
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALI.001 V001/2017





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	30/12/2017	HORA:	17:08 HS	ID Nº:	1662048
NOME:	NATIVO BARBOSA DE LIMA				
QUEIXA:	ACIDENTE DE TRÂNSITO				
LOCAL:	EM FRENTE AO PARAÍSO DO ALEMÃO - BODOCONGO				
COMPLEMENTO:					
CIDADE:	CAMPINA GRANDE/PB				
DADOS DA REMOÇÃO					
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma					

Campina Grande, 7 de março de 2018.


Deoclecio F. Nascimento
SUPERVISOR
SAMU 192 CG

Deoclecio F Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



3/12/2017

HTCG-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1571412 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 30/12/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Arthur Matheus Almeida Mendonça

PACIENTE: NATIVO BARBOSA DE NASCIMENTO: 08/09/1947

LIMA CEP: 58400002

Endereço: JOSE NETO FILHO

Sexo: M

Telefone: 88391535

Bairro: BODOCONGO

Idade: 070

RG: N°: 275

CPF: Profissão: APOSENTADO

Data de Atend: 30/12/2017

CNS: 706402674473886

HORA: 17:47:49

CONVÊNIO: SUS

CRM: Especialidade:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abrasão 19. Fratura óssea fechada
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta
3. Avulsão 21. Hematoma
4. Contusão 22. Injúria de contusão
5. Crepitação 23. Laceração
6. Dor 24. Lesão tendinosa
7. Edema 25. Luxação
8. Empalhamento 26. Mordedura
9. Enfisema subcutâneo 27. Movimento torácico paradoxal
10. Emagamento 28. Objeto Encaixado
11. Equimose 29. Otorrágia
12. F. Arma branca 30. Paralisia
13. F. Arma de fogo 31. Paralisia
14. F. Cortado 32. Paralisia
15. F. Cortante 33. Queimadura
16. F. Corte-contuso 34. Rinite
17. F. Perfuro-contuso 35. Sinais de isquemia
18. F. Perfuro-cortante 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID: D12.9

http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1571412

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Acidente de trânsito de colisão moto - moto, patada
capote. Pênis dor com sangue escuro. Sem altera
ções. Nega vomito ou perda de consciência.
No exame, tonsil e adenoides não alterados.

ALERGIA:

Nega

MEDICAMENTOS:

Nega

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow 15 PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias: Venex ombro

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia

Dia / /

Especialista: / /

Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1. Atendimento inicial

2. Exame físico

3. Exame físico

4. Exame físico

5. Exame físico

6. Exame físico

ASSESSORIA

05 NOV. 2018

CORRETORA DE SEGUROS

GOVERNO DAPARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES												
NOME:	Nativia Barbosa														PRONTUÁRIO:	
IDADE:	SEXO	M	F	COR:	B	P	A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:				
DADOS CLÍNICOS: <i>Altraum</i> ULTRASSONOGRAFIA Realizada em: <i>30/12/12</i>																
MATERIAL A EXAMINAR:																
EXAMES SOLICITADOS: <i>USG FAST</i>																
URGÊNCIA:	<input checked="" type="checkbox"/>			ROTINA:	<input type="checkbox"/>											
DATA:	<i>30/12/17</i>		HORA DA SOLICITAÇÃO:													
Carimbo e Assinatura do Médico																

MOD. 002



GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES									
PRONTUÁRIO:													PRONTUÁRIO:		
LEITO:													LEITO:		
ENF.:													ENF.:		
CLÍNICA:													CLÍNICA:		
ALTURA:													ALTURA:		
PESO:													PESO:		
COR:													COR:		
SEXO:													SEXO:		
M													M		
F													F		
P													P		
A													A		
DADOS CLÍNICOS:														Trauma	
MATERIAL A EXAMINAR:															
EXAMES SOLICITADOS:														Rx clavícula D AP + Zanca	
URGÊNCIA:													ROTINA:		
DATA:	30/11/2												HORA DA SOLICITAÇÃO:		
Carimbo e Assinatura do Médico														Dr. Julio Cesar Castro Ortopedia e Traumatologia CRM/PA 9965	



MOD. 002



GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES									
NOME:	Walter		Bordignon										PRONTUÁRIO:		
IDADE:	SEXO		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:		
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		B <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>										914		
DADOS CLÍNICOS:															
Cirurgia e trauma 30/11/2017															
MATERIAL A EXAMINAR:															
12 17															
EXAMES SOLICITADOS:															
Rx de Tórax PA Rx de Ombros e Antebraço															
URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>		ROTINA:		<input type="checkbox"/>										
DATA:	30/12/17		HORA DA SOLICITAÇÃO:												
Carimbo e Assinatura do Médico															



MOD. 002



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

October 1955

1. Aumento v. taxa de renda e de
 m. dis. e - eleva a
 Aprove. fis. e re. org. fis.
 6. estrutura de eleva a re.

CO: Acetylene embolism
Altogether 25
wounds de covered Genl

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e traumatologia
CRM-PR-3965

a energia geot. do 48 3d 12/17.
Em tempo, pontos convencionais, orientado, a elevação sup. na 101, Remodificação, 127-130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 93

a. Milano

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ às _____ : _____ hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor) _____

☐ () Alta Hospitalar / ☐ () A Revelia
☐ () Decisão Médica☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

()

Frances Florina Barbara

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVICIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

080

IDADE





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Nativio Barbosa de Lima		
End:	Rua José Neto Filho 275 Bairro: bodecanga		
Data de Nascimento:	08.09.17	Documento de Identificação:	
Queixa:	Acidente Data do Atendimento: 30.12.17 Hora: 17:08 Documento:		
Acidente de trabalho?	() Sim () Não		

de note

Classificação de Risco

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

MOD. 110


Estratificação

Amarelo
() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



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

PACIENTE:	NATIVO BARBOSA DE LIMA
DATA DO EXAME:	30/12/2017

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

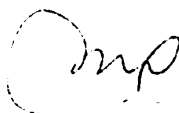
ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal ou derrame pleural.

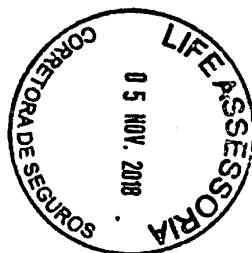
Esteatose hepática difusa acentuada, limitando avaliação de lesões focais no parênquima hepático.

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no baço e rins, identificáveis ao método.

*Ressalta-se a limitação do método na detecção de lesões em órgãos sólidos, vísceras ocas e no retroperitônio.



Dra. Miriam Maria Barbosa Albino
Médica Radiologista
CRM/PB 6435





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Receituário Simples

Natário B. de
Lima
Fisioterapia

Reabilitação
do M.S.D.
10 sessões

Dir: Ferd.
Pereira

MOD. 001

Dr. Ademar Costa Marley
CRM-PE 23.333
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
MED. DO TRABALHO
TEL. 3322.2222

05/3/2018

Data

Médico





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

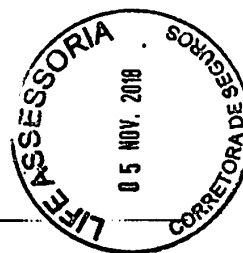
PACIENTE: NATIVO BARBOSA DE LIMA
DATA DO EXAME: 30.12.2017
RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA

Fratura da clavícula sem desvios.
Partes moles sem alterações.
Relações articulares conservadas

R/ RADIOGRAFIA DE OMBRO
Fratura da clavícula sem desvios.
Partes moles sem alterações.
Relações articulares conservadas


Dra. Catarina Aguiar
CRM PB 6278

21



ATESTO que

DIAGNÓSTICO CID

Campina Grande,

Assinatura do Médico - CRM N°

OD. 004



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.137.582 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/12/2012

NOME NATIVO BARBOSA DE LIMA

FILIAÇÃO JOSÉ BARBOSA DE LIMA
MARIA HENRIQUE DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 08/09/1947

DOC ORIGEM CASAM N.1502 FLS.258 LIV.002
CARTORIO BOQUEIRÃO-PB

601.474.904-72

ASSINATURA DO DIRETOR de Ident. Civ. e Crim.

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

7-221

MAYOR DE 65 ANOS

MAIOR DE 65 ANOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012973959804
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM FRT 20170100010571-1 EXERCÍCIO
1 0107252820-4 00/00000000 2017

NOME
NATIVO BARBOSA DE LIMA

CPF/CNPJ
60147490472

PLACA
QFY8689/PB

PLACA ANT./UF
NOVO PB LWMCA209E6013437

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
I/WUYANG WY50QT 2 2013 2014

CAP/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/49 /CI PARTIC BRANCA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC./COTAS
IPVA ISENTO 00/00/0000 1º

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS
***** 0 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 00/02/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CAMPINA GRANDE-PB

33375

DATA
15/02/2017

33880

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012973959804 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PAR MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO REVERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 15/02/2017

VIA CPF/CNPJ PLACA
1 60147490472 QFY8689/PB

RENAVAM MARCA/MODELO
01072528204 I/WUYANG WY50QT 2

ANO FAB. CIL. IND. Nº CHASSI
2013 8 LWMCA209E6013437

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
***** SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA UNICA PARCELADO 08/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.243.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

33880-1548251-20170215

JUL-2016





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA NATUO BARBOSA DE LIMA
DATA DO ACIDENTE 30.12.2017 CPF DA VÍTIMA 601.474.904-72
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO NATUO BARBOSA DE LIMA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É NATUO BARBOSA DE LIMA
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Silva Jardim BAIRRO José Antônio
Nº 1550 COMPLEMENTO CASA CEP 58.100.000
CIDADE CAMPINA GRANDE UF PB
E-MAIL BALDINOSCO@HOTMAIL.COM TELEFONE (83) 99829-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA 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 GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/11/2018
IDENTIDADE 4.137-581-SSDS/PB
ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURADORA

DATA 05 NOV. 2018
NOME [Nome]
ASSINATURA [Assinatura]



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180519661 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NATIVO BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401868/18

Vítima: NATIVO BARBOSA DE LIMA

CPF: 601.474.904-72

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 30/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NATIVO BARBOSA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

NATIVO BARBOSA DE LIMA : 601.474.904-72

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: 05/11/2018
Nome: NATIVO BARBOSA DE LIMA
CPF: 601.474.904-72

NATIVO BARBOSA DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08194888120188150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **NATIVO BARBOSA DE LIMA**, 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:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 23 de novembro de 2020.

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 - 24/11/2020 10:34:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112410343494700000035327116>
Número do documento: 20112410343494700000035327116