



Número: **0802037-57.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/01/2018**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA (AUTOR)		DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36347023	06/11/2020 12:02	Petição	Petição
36347030	06/11/2020 12:02	2628957_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
36347033	06/11/2020 12:02	2628957_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11604788

A/C: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170477874 ASL-0335810/17
Vitima: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA
Data Acidente: 24/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00235/00236 - carta_01



Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2017

Carta nº: 11619217

A/C: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA

Sinistro: 3170477874 ASL-0335810/17
Vítima: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA
Data Acidente: 24/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00031/00032 - carta_02



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11710471

A/C: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA

Sinistro: 3170477874 ASL-0335810/17
Vitima: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA
Data Acidente: 24/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000003348

Conta: 000000002179-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00121/00122 - carta_15R





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO

CAM



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, JOELSON PEDRO JOSÉ DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 3.381.413

EXPEDIDO POR SSDS - PB

EM 07/08/12

CPF 007.96.609.4-9(3) / CNPJ

PROFISSÃO RECUSOU

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOELSON PEDRO JOSÉ 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 de 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 aparecem 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 Lotéricas 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, tanto 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 SisyDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários por 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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2348 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 02179-5

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 Lessa, 02 de Agosto de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

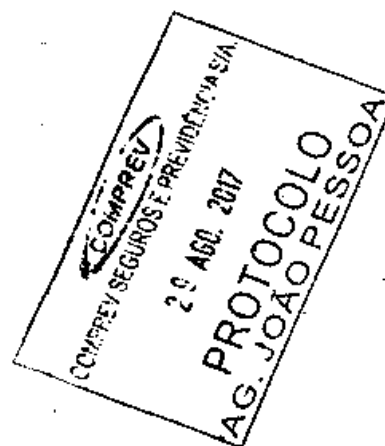


ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao 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.dpvatseguroctransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Joelson Pedro Jose da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Gomes Vieira, 178
Vila Nova Santa Rita PB CEP: 58300-970
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 3881413
Data local do exame: [15/09/2017] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO.
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO QUADRIL ESQUERDO, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO QUADRIL ESQUERDO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- EVOLUI COM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO QUADRIL ESQUERDO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
Data da alta: 15/01/2017.
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSSINTESE COM PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA, RESULTADOS INSATISFATÓRIOS.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO QUADRIL ESQUERDO, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.**
- Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|--|
| () "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias
() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações | () "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica) |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(☒) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Seccional De Polícia Civil
Delegacia Distrital de Santa Rita



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

Boletim de ocorrência



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00083.01.2017.1.05.006

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00083.01.2017.1.05.006, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:17 horas do dia 13 de janeiro de 2017, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 6ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Antônio Alvares de Farias, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Joelson Pedro José da Silva**, RG nº 3881413 SSDS/PB, CPF nº 017.966.194-93, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Refrigeração, filho(a) de Joselma Maria da Silva e Josué Pedro José Neto, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 13/04/1996 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Gomes Vieira, Nº 178, complemento CASA, bairro Varzea Nova, tendo como ponto de referência Perto da Igreja Católica, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98607-3097.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida João Machado, Perto da Novo Rumo Honda, João Pessoa/PB, ; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/08/16 18:30h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE voltava do trabalho de moto, pela Avenida João Machado, quando foi surpreendido por um indivíduo numa outra moto, que fazia uma manobra na contra mão e entrou na sua frente; QUE não conseguiu desviar e colidiu com a moto que fazia a manobra errada; QUE caiu e foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros para o Hospital de Emergência e Trauma de João Pessoa/PB; QUE foi diagnosticado com Fratura do colo do fêmur esquerdo, CID 10 S 72.0, conforme Laudo Médico do hospital, assinado pelo médico Dr. Eerton Noronha Teixeira, CRM 2516/PB; QUE a moto que pilotava era do tipo SHINERAY XY 50Q PHOENIX, de placa Nº QFI 7514/PB, de cor preta, ano/modelo 2012/2013, chassi Nº LXYXCBL01D0527885, em nome de JOSUE PEDRO JOSE NETO, CPF 917.043.324-00.

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



Santa Rita/PB, 13 de janeiro de 2017.

Joelson Pedro José da Silva
JOELSON PEDRO JOSÉ DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 00083.01.2017.1.05.006



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:	20/09/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000002179-5

Nr. da Autenticação 9FBCB6AE5D6331F7





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOELSON PEDRO JOSÉ DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 13/04/96
NOME DA MÃE JOSELMA MARIA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 942.736
Nº PRONTUÁRIO 97.138
DATA DO ATENDIMENTO 24/08/16
HORA DO ATENDIMENTO 18:52
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO COLO DO FEMUR E
CID 10 S 72.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto), apresentando dor intensa em quadril E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

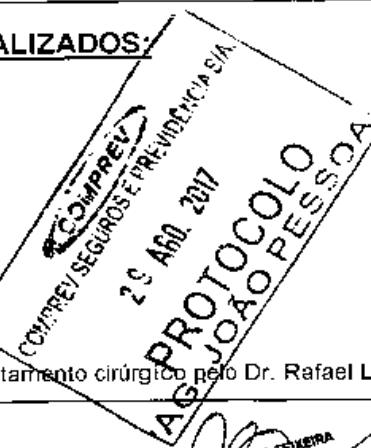
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC da bacia
RX da bacia - AP
RX do quadril E - AP

TRATAMENTO:

Fratura do colo do femur E à TC e aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Rafael Lara.

ALTA HOSPITALAR: 04/09/16
DATA DA EMISSÃO: 21/12/16

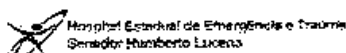
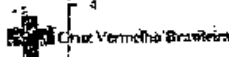


DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DM, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





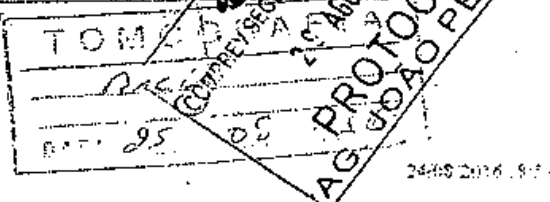
ACOLHIMENTO, em -- CNE9: 123312 - Tel: --

Boletim de Atendimento: 942736



Identificação do paciente			
IO 1075989	Nome JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 13/04/1996	Idade 20 anos 4 meses 11 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Resgisto NAO INFORMADA
Mãe JOSELYNA MARIA DA SILVA		Patel JOSUE PEDRO JOSE NETO	
Escolaridade NAO INFORMADO		Responsável (Pessoa) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 63	Fone Móvel 958072097	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns	
Local de procedência JAGUARIBE		Tip. BAIRRO	UF PB
E-mail	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R	
Endereço			
CEP 68303195	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro JOAO VIEIRA
Número 179	Complemento	Bairro	MUNICIPIOS
Admissão			
Data e Hora 24/08/2016 18:52:33	Número da pulseira 1000005488901	Convênio SUS	
Especialidade CLÍNICA GERAL		Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente AUTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Filial de saúde Não	Via de entrada Não	Trauma Não
Modo de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA	X mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares			
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados Clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA			

Imprimir



24/08/2016 18:52

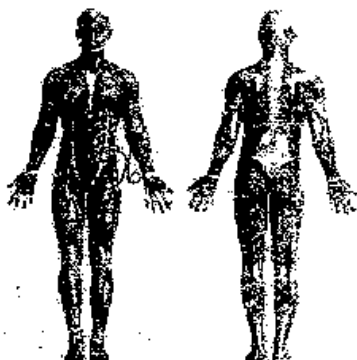


EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim: _____
 MEDICAMENTOS: ☒ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☒ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☒ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☒ Sim: 12:00h

LOCAL DA LESÃO

Identifique a lesão com o número
correspondente ao lado →



- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| 1. Amolação | 19. Fratura Óssea Fechada |
| 2. Amputação | 20. Fratura Óssea Aberta |
| 3. Avulsão | 21. Hematoma |
| 4. Contusão | 22. Injuriamento Nervoso |
| 5. Crepitação | 23. Laceração |
| 6. Dor | 24. Lesão Tendão |
| 7. Edema | 25. Luxação |
| 8. Empalamento | 26. Mordeçura |
| 9. Erisema subcutâneo | 27. Movimento tórax paradoxal |
| 10. Estragamento | 28. Objeto Encaixado |
| 11. Equimose | 29. Otorrágica |
| 12. F. Arma Branca | 30. Paralisia |
| 13. F. Arma de Fogo | 31. Parestia |
| 14. F. Cortado | 32. Parestesia |
| 15. F. Cortante | 33. Queimadura |
| 16. F. Certo-Contuso | 34. Rinorrágica |
| 17. F. Perfuro-Contuso | 35. Sinais de Isquemia |
| 18. F. Perfuro-Cortante | 36 |

GBS: _____

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) _____ % Grau de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias Braço, Antebraço E, Femur E. ☐ Lavado peritoneal
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia computadorizada ☐ Papanicolaou

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDIÇÃO E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	<u>Exame físico - Braço, Antebraço, Femur</u>		
2	<u>Exame físico - Tórax - AD - D (S. Noe - O. Noe)</u>		
3	<u>Tilofil - 20mg - IV</u>		
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da Ortopedia às 19:10 do dia 24/08/16
 Solicito parecer da _____ às _____ do dia _____

DESTINO DO PACIENTE

DATA _____
 SAÍDA _____
 HORAS: _____
☐ Centro cirúrgico ☐ Transferência (unidade de saúde) _____
☐ Internado (setor) _____
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A avaliação ☐ Desistência
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ IML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

FING/CC.001-1



CRUZIL, CLIA,
BRASILIA

Primeiro Atendimento Médico

100000488881
JOSELMAR BEZÃO JOSE DA SILVA
DT. NASC. 13/04/1988
RG: JOSELMAR, MORTO DO SILVA

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

END.: 20 AN VITORIA
N. 128 - RUA DE SANTO NITO
FONEI (1)
CELULAR: (62) 986073087
IDADE: 33
DT. ENTREGA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente com trauma evidente no tórax (colisão auto-moto)
em uso de Popote. Negro ferido de Consueiro e vizinhos. Risco de morte
em um Quilômetro E Negro outros feridos

EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AS ☒ Perforadas ☐ Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA UNHA MEDIANA: ☒ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☒ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

☒ Presente e normal

HTD:

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

☒ Presente e normal

HTE:

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

2- RUÍDOS

☒ Sim

☐ Não

HTD:

☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

HTE:

☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

FR:

hsp

SaO₂

%

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pleiônica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO

☒ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

RÍTMO

☐ Normotônicas ☐ Hipotônicas

BULNAS

☐ Hipotônicas ☐ Ausente

SOPRO

☐ Presente ☐ Ausente

DE OU EN

☐ Sim ☐ Não

FC: bmp PA: 116 x 56 mmHg Fi: °C

ECG:

ABDOMEN: *inspeção visual e palpação su-*

periférica e auscultado

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Foto-reagente

☐ Paralisadas

☒ Isocólicas

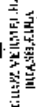
☐ Anisocólicas

(diferença = mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (4 anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Espontânea	5	Obedece aos comandos
A solicitação verbal	3	Localiza a dor
Ao estímulo	2	Retira o Membro
Nenhuma	1	Flexão anormal (decorticação)
		Extensão Anormal (decorticação)
		Nenhuma
TOTAL:	15	

SING. CC.001



REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

[illegible]

Discussion

Nijmegen: 0031-40-2518411.

புள்ளி

Procedimientos

1:51:35

Medien:

Prontuario: 2752

Date: 06/03/12

Repository: —

Amber E.

Caixa Frontal: _____

Date: 02.03.16

[illegible][illegible][illegible]

1-800-555-5555

Principi Accounting



RELATÓRIO DE CIRURGIA

[Handwritten Signature]
UNIVERSAL

Nome: JOELSON PEDRO SOUZA BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 02/09/16
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: DR. ALBERTO LAZAR 1º Assistente: DR. ELIO SOARES
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesiista: DR. ANDRÉ
Tipo de Anestesia: RAPIVA Horário: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>EMERGÊNCIA LOW DE FÊMUR (C)</u>	
<u>(GABRIEL II)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>OSTEOTOMIA COM PLACAS</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensiva () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

[Handwritten Signature]
Dr. Suelio Moreira de Freitas
Médico e Traumatologista
CRM: PA 8784 TESP 2643

João Pessoa, 02/09/16

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: ① BOM + Laxim Jédo ② Mordida + Laxim
Incisão: Lateral Longitudinal + curv
Achados: ① BOM + Laxim sem defeito (comparação com o outro)
Conduta: ① Anestesia + antiseptico ② Incisão lateral + curv ③ Exatidão na colocação do fio K 2.5mm ④ Fio de 2 pontos + separação 6.5mm nao 16mm no 20 e 30 com compressão interdigital (nao pressionar o traço da fratura) ⑤ Controle no AP + perfil com pontos paralelos e sem sobreposição ⑥ Lavagem com solução de iodine ⑦ Sutura por plano Fechamento: ① Sutura simples
Observação: ① BOM + Laxim sem defeito em paciente sem DOR por causa do processo de recuperação e com o outro osso consolidado.

Dr. João Pessoa de Freitas
CRM 10.878/2017

João Pessoa 02/07/16

Médico/CRM:

ENCOLASCIR/09-1





DATA: 02/09/2016

PRONTUÁRIO:

942736

48:72

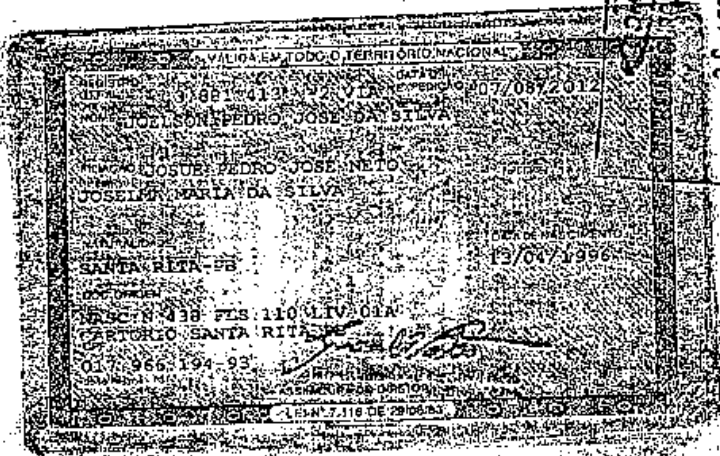
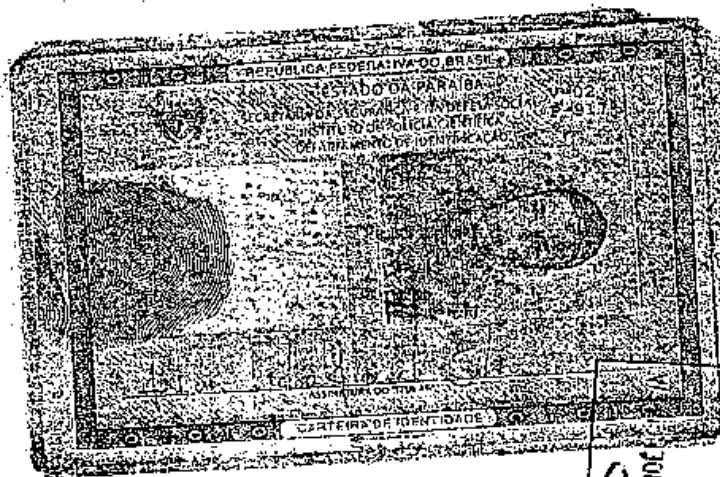
[illegible][illegible]



 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		10 - SEXO	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. CIDADE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID TO PRINCIPAL	
24 - CID TO SECUNDÁRIO		25 - CID TO CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
02 Parafusos 6.5 fixação de espinha.			
PROFISSIONAL SOLICITANTE			
36 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		37 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
38 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		39 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	
AUTORIZAÇÃO			
40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		41 - COD. ORGÃO EMISSOR	
42 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
44 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			



Documentos de identificação



SEMPRE
SE PREVIDA

29-AGO. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170477874 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 24/08/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do Colo do Fêmur esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no quadril esquerdo, claudicação da marcha, limitação de mobilidade articular do quadril esquerdo, déficit de força motora do membro inferior esquerdo.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico osteossíntese com parafusos, fez fisioterapia, resultados insatisfatórios. Sem complicações.

Sequelas permanentes: Limitação Funcional moderada do MIE.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LUIZ DE LIMA CASANOVA NETO

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170477874 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOELSON PEDRO JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 24/08/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR E NO QUADRIL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA UMA VALORAÇÃO SEGURA QUANTO AS POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08020375720188152001

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 **JOELSON PEDRO JOSE 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:

DO LAUDO PERICIAL

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

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

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.

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



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 4 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

