



Número: **0813252-79.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **06/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DAVID BALBINO DOS SANTOS (AUTOR)	INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38429 301	15/01/2021 11:43	<u>Petição</u>	Petição
38429 303	15/01/2021 11:43	<u>2631238_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
38429 306	15/01/2021 11:43	<u>2631238_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435163200000036646732>
Número do documento: 21011511435163200000036646732

Num. 38429301 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190220887 Vítima: DAVID BALBINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). DAVID BALBINO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14098949



230 00091/00092 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101151143521010000036646734>
Número do documento: 2101151143521010000036646734

Nº 38429303 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190220887 **Vítima: DAVID BALBINO DOS SANTOS**
Data do Acidente: 21/10/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), DAVID BALBINO DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01959/01960 - carta_25 - INVALIDEZ



00020980



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101151143521010000036646734>
Número do documento: 2101151143521010000036646734

Num. 38429303 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190220887 Vítima: DAVID BALBINO DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). DAVID BALBINO DOS SANTOS

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Bando Pessoal: Perda funcional
Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12.50%

Valor a indenizar: $12.50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 1.687,50

Recebedor: DAVID BALBINO DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001668

Conta: 0000057551-5

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0098375 /89	CPF da vítima: 70475213483	Nome completo da vítima: David Ballim dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				CPF: 70475213483
Nome completo: David Ballim dos Santos		Número: 189	Complemento:	
Profissão: agente/tor	Endereço: Rua Sebastião Góes	Estado: PB	CEP: 58398000	Tel.(DDD): 53 3331289
Bairro: Vila Vista	Cidade: Paramaíba			
E-mail: mocis brms odu@gmail.com				

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____
AGÊNCIA: 1668	CONTA: 57551
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Comprin Grande - PB 22/03/2019	TESTEMUNHAS
Name: _____	1º Nome: _____ CPF: _____
CPF: _____	2º Nome: _____ CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
DAVID BALLIM DOS SANTOS	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA N° 000040/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de N° 000040/19 registrada em 25/02/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e cinco dias do mês de fevereiro do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 14:18 horas, compareceu o Sr. DAVID BALBINO DOS SANTOS, com 28 anos de idade, filho de ELIEZÉR BEZERRA BALBINO e MARIA EDLENE DOS SANTOS, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ESPERANÇA - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade N° 3.637.557, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 70475213483, residindo à rua SEBASTIÃO GONÇALVES, 189, bairro BELA VISTA, na cidade de REMÍGIO - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 16h00min do dia 21.10.2018, estava trafegando por uma estrada vicinal localizada no Sítio Jenipapo, área rural de Remígio, conduzindo a motocicleta HONDA/POP 110I, ano/modelo 2015/2016, de cor vermelha, chassi nº 9C2JB0100GR033965, de placa QFZ-5039/PB, licenciada em nome de Alexandre Matias da Silva, quando perdeu o controle de direção em uma curva fechada e acabou se chocando contra uma cerca de arames farpado, sofrendo fratura exposta no membro inferior esquerdo, além de escoriações diversas pelo corpo, sendo socorrido por populares e encaminhado inicialmente para o hospital daquela cidade e depois foi transferido para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamento cirúrgico, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares do BPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Segunda-feira, 25 de Fevereiro de 2019

David Balbino dos Santos

DAVID BALBINO DOS SANTOS

Declarante

José Alberto do Nascimento

Delegado de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0098375 /89	CPF da vítima: 70475213483	Nome completo da vítima: David Ballino dos Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				CPF: 70475213483
Nome completo: David Ballino dos Santos		Endereço: Rua Sebastião Góes		Número: 189 Complemento:
Profissão: agente/tor	Bairro: Vila Vista	Cidade: Paramá	Estado: PB	CEP: 58398000
E-mail: mocis bruns odu@gmail.com				Tel.(DDD): 53 3331289

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 1668 CONTA: 57551 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:	
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Comprin Grande - PB 22/03/2019 Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO DAVID BALLINO DOS SANTOS Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	2º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alexandre Matias de Lima,
RG nº 1.974.093, data de expedição 05/09/2017
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 022.194.244-05, com
domicílio na cidade de Renágio, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Desembocadura Semeão Cananéia, Bela Vista, nº 59,
complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima David Balbino dos Santos, cujo o condutor era
David Balbino dos Santos.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda POP 110i

Ano: 2015 / 2016

Placa: GFZ 5039 / PO

Chassi: 01C2500169GR033965

Data do Acidente: 21/10/2018

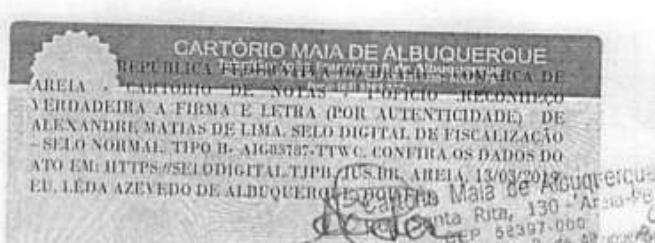
Local e Data: Renágio PB 13/03/2019



Alexandre Matias de Lima
Assinatura do Declarante

David Balbino dos Santos

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



21/10/2018



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1758583 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 21/10/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Patrícia Maria Gonçalves

PACIENTE: DAVID BALBINO DOS SANTOS CEP:58398000 Nascimento:18/02/1991

SANTOS

Endereço:RUA SEBASTIANA GONCALVES DE LI

Cidade: Remígio

Nome da Mãe: MARIA EDLENE DOS SANTOS

Responsável:

Estado Civil:Casado(a)

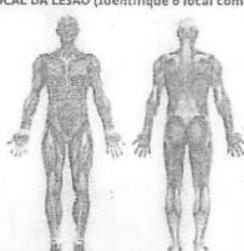
Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento.
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Coríntio
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injuriaimento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parésia
32. Parestesia
33. Quemadura
34. Rinorrágia
35. Síndrome de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Prm 5000 00 00 00

<http://projetohtcg/impreurgencia.php?contor=1758583>

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

*Trauma visto on
cerca de 08h00
já fez mri e
Golpe - Alvo
florido - contusão*

ALERGIA:			
MEDICAMENTOS:			
PATOLOGIAS:			
EXAME FÍSICO			
PUPILAS () Fotofrágentes () Isocôricas () Anisocôricas ()			
Glasgow PA HGT: SatO2			

*RAIGX
REALIZADO EM:
21/10/2018*

EXAMES SOLICITADOS:	() Laboratoriais	() Ultrassonografia:
	() Gasometria arterial	() Radiografias:
	() Tomografia Computadorizada	()

50 cm de dor

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:		
Especialista:	RT086 ALTA	ás : Dia / /
Especialista:		ás : Dia / /

*Francisco Claudio A. Ferreira
CIRURGIA GERAL
CRM-PB: 5435*

MÉDICO SOLICITANTE	
--------------------	--

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	TI 400 mg + 500 mg	6/10/2018
2	200 mg dia 1, 100 mg dia 2	10/10/2018
3		10/10/2018
4		10/10/2018
5		10/10/2018
6		10/10/2018

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Francisco Claudio A. Ferreira
CIRURGIA GERAL
CRM-PB: 5435

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101151143521010000036646734>

Número do documento: 2101151143521010000036646734

Num. 38429303 - Pág. 9



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico 7-200

fix λ & μ \rightarrow E

→ 798st





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente	Danil Batista dos Santos			Nº Prontuário
Data da Operação	Enf.			
Operador	Dr. Jecó Pinto		Leito	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	1º Auxiliar		
Anestesia	Instrumentador			
Diagnóstico Pré-Operatório	Tipo de Anestesia			
Tipo de Operação	FRAT + Ligadura da Linfangia			
Diagnóstico Pós-Operatório	Linfoma linfágico			
Relatório Imediato da Patologia				
Exame Radiológico no Ato				
Acidente Durante a Operação				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

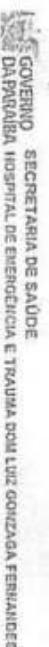
1) Abordagem	
2) Ressecção + Adenexectomia	
3) Câncer operatório	
4) Melorização do Venoso gerenal	
5) O apêndice preservado para aferir	
6) O apêndice preservado para aferir	
7) Desenvolvimento cirúrgico + drenamento	
8) Cicatrizes desvascularizadas	
9) Ligadura com fio de 1.5/2	
10) Drenagem e remoção da ferida	
11) Tela Berton	

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Dr. Suelio Moreira Torres
Médico de Trabalho
CRM-PB 0653





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

四〇〇

110

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101151143521010000036646734>
Número do documento: 2101151143521010000036646734

Num. 38429303 - Pág. 12

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

PACIENTE: Guilherme dos Santos - Gv: 18102/1991

1575

LEITE

CONTINUOUS

CONVENIO
116

PAGE 7

DADE

SECRET

REGISTRO

2018/2019

CIRURGIATreat · cirur · trat exp

ANSWER

CIRURGIÃO

ANESTESIA

ANESTESIA

ANESTHESIA

ANESTESIA

INSTRUMENTACIÓN

INSTRUMENTACORA

DATA
2010/18

110

F186

GOVERNO

PARÁIBA

ANSWER

Hospital de
Emergência e Trauma Barão
Luiz Gonzaga Fernandes

卷之三

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52

Assinado eletronicamente por: CLELIO MORELIRA TORRES - 15/6/2021 11:45:32
http://pie.tibp.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView_seam?x=210115111435210100000036646734

Número do documento: 31011511435210100000036616734

Num. 38420202 Pág. 12



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: David Balbino dos Santos

Idade: 25

Convênio: SUSE

Data: 2010-11

Procedimento: Trat. rimuovendo di Frattura esposta di Bi (E)

Cirurgião: Zodas Paulo

Auxiliar:

Anestesista: Dr. V. V. V. V. V. V. V.

[Inicio](#)

30

Término:

Anestesia 37

6502.3074 2.2

34-50

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
01.45	112x42	95	100%	Jomy + Ivonilda	+	Consciente
00:00	130x53	81	95%	Jomy + Ivonilda	+	Consciente
00:30	122x52	82	83%	Jomy	+	"
01:00	138x45	85	81	Jomy	+	desacordado
02:00	138x55	99	98%	Nathália José	+	"
00:00	118 x 63	53	98%	Juliana	+	desacordado
3h:30	137x45	-	99%	Salvina	+	desacordado
4:00	137x45	60	98%	Maria	+	"
05:30	135x55	115	97%	Jomy + Ivonilda	+	Consciente
06:45	129x56	98	98%	Jomy + Ivonilda	+	"
08:00	191x60	111	99%	Simone	+	11
09:00	133x65	778	98%	Isabel	+	11
10:00	128x56	117	98%	Jaynara	+	11

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

林文海



Aseinalu eido anestebista

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Creditos para allies da SPPA)



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52

<http://pie.pie.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>

Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 15

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52

<http://pie.pie.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>

Número do documento: 21011511435210100000036646734

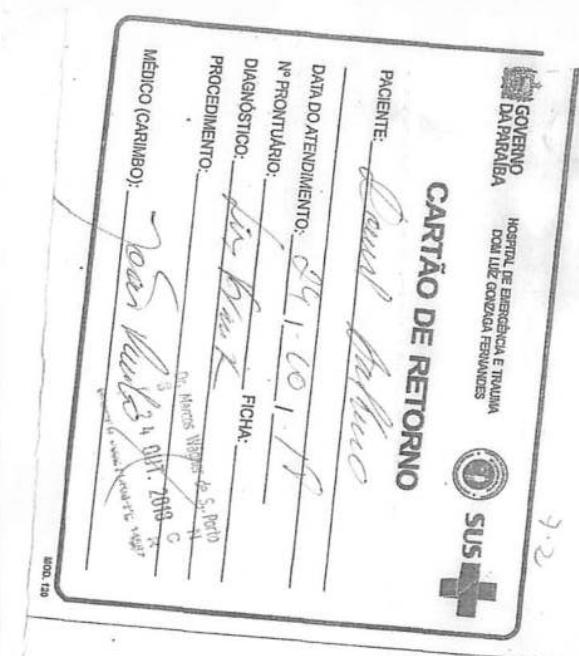
Núm. 38429303 - Pág. 16



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO





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

CNPJ: 08.778.268/0001-50 | AV. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas - CEP 58432-809 / Campina Grande - PB

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	
CRM:	
Endereço:	Jr. Schubert Cassa Traumatologista Cirurgia da Coluna CRM 523
Cidade:	UF:
Telefone:	

Aplicaciones Prácticas de Matemáticas

Paciente: Leandro Palomino Assinatura e Carimbo do Médico
Endereço: R. Glória das Flores, 24 - 81
Prescrição: Cípro 500 mg 1 CX

Tomar 1 comprimido via oral 12/12 hs.
Arflex retard 1cx
Tomar 1 comprimido via oral 1x ao dia.
Decoil 10mg 2cx
Tomar 1 comprimido sub-lingual de 08/08hs. Schubert Ceará
1a Coluna - Tiamatologis

Superior Ergonomics

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome :	<hr/>
Ident:	Órg. Emissor:
End.:	<hr/>
Cidade:	UF:
Telefone:	<hr/>

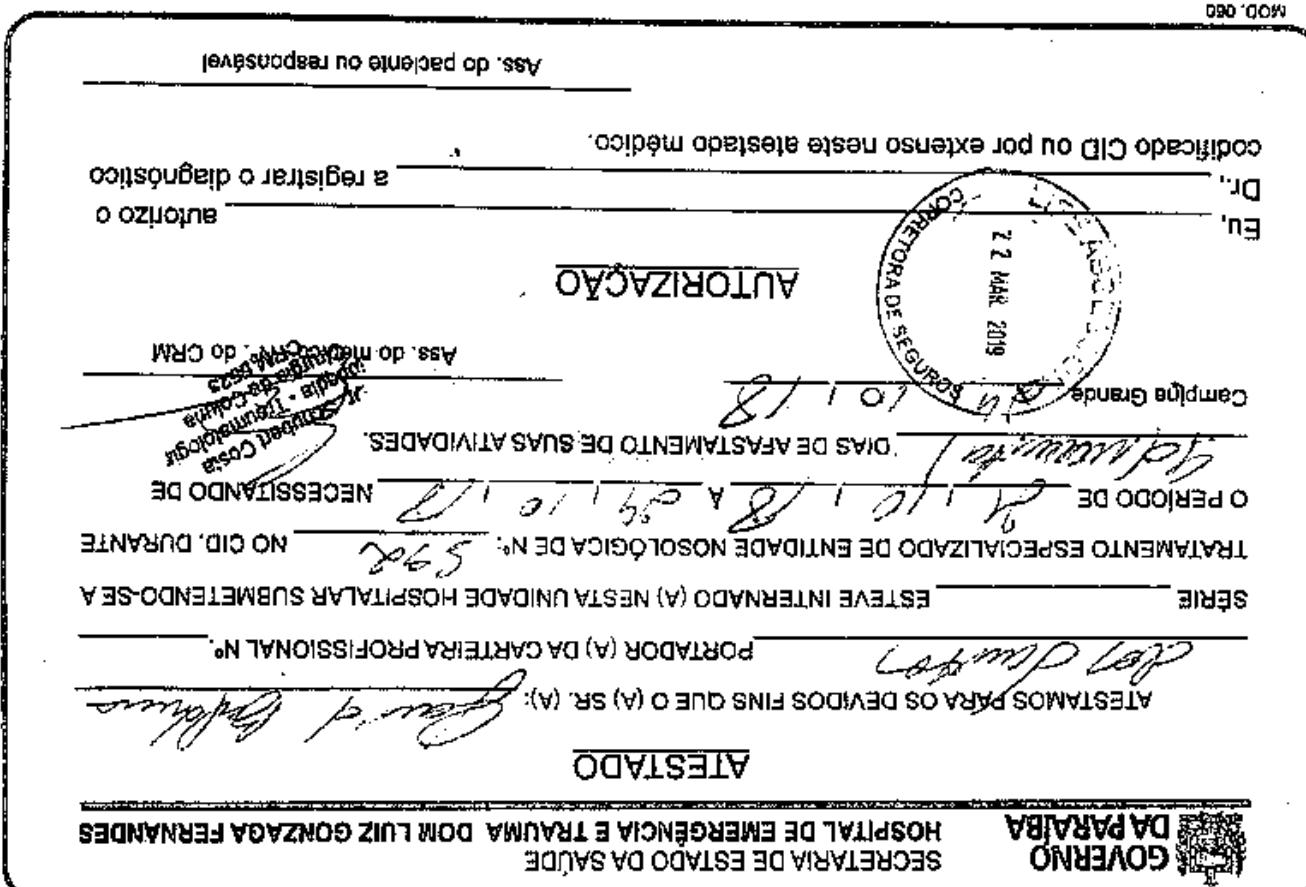
Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

• Aniflex -> 1 cp ao dia
• Dexsil -> 1 cp sub-lingual
8/8 hr (3 x ao dia).
• Cipro 500 -> 1 cp 12/12h
(2 x ao dia)

Assinatura do Farmacêutico





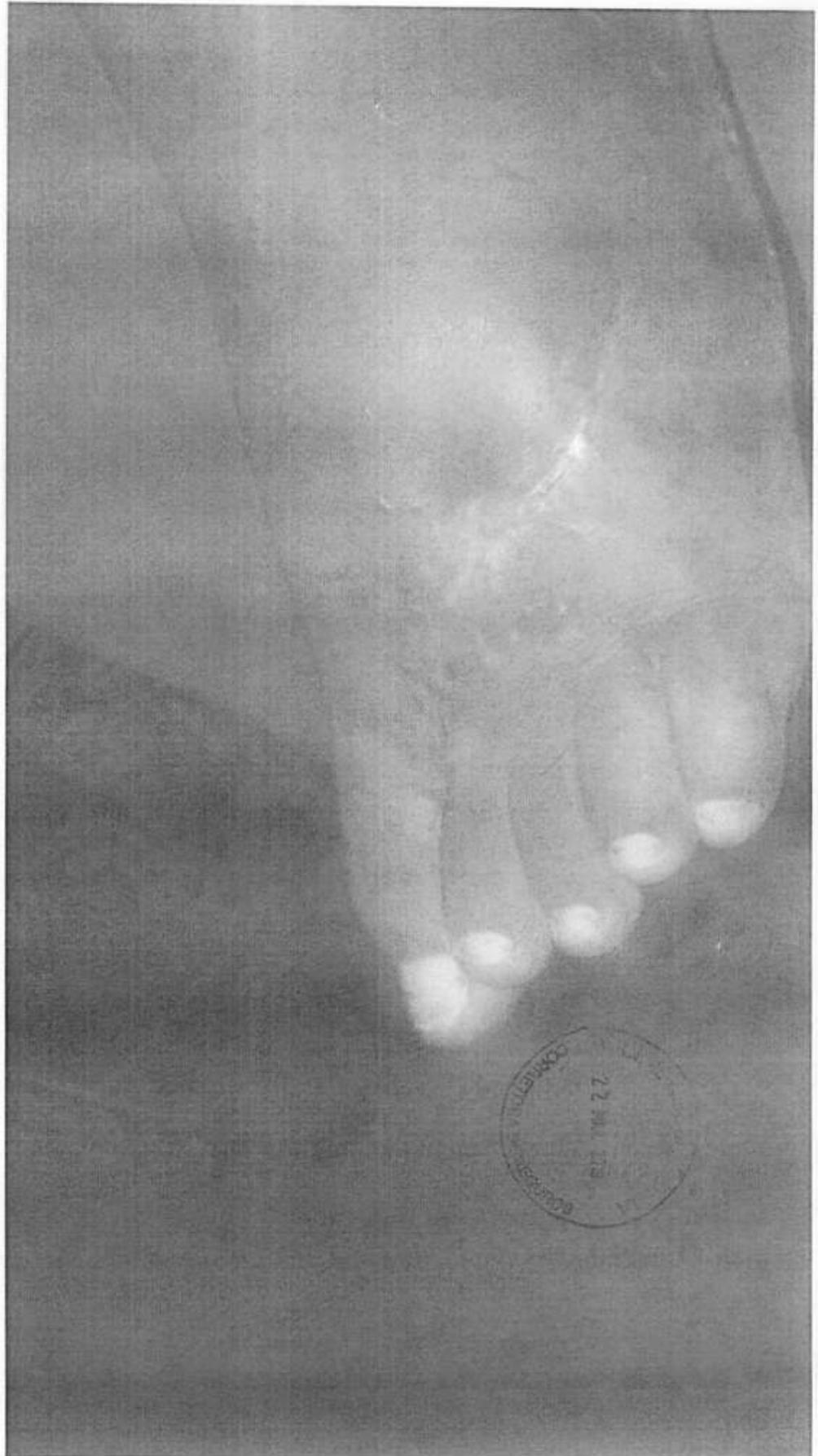
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101151143521010000036646734>
Número do documento: 2101151143521010000036646734

Num. 38429303 - Pág. 19



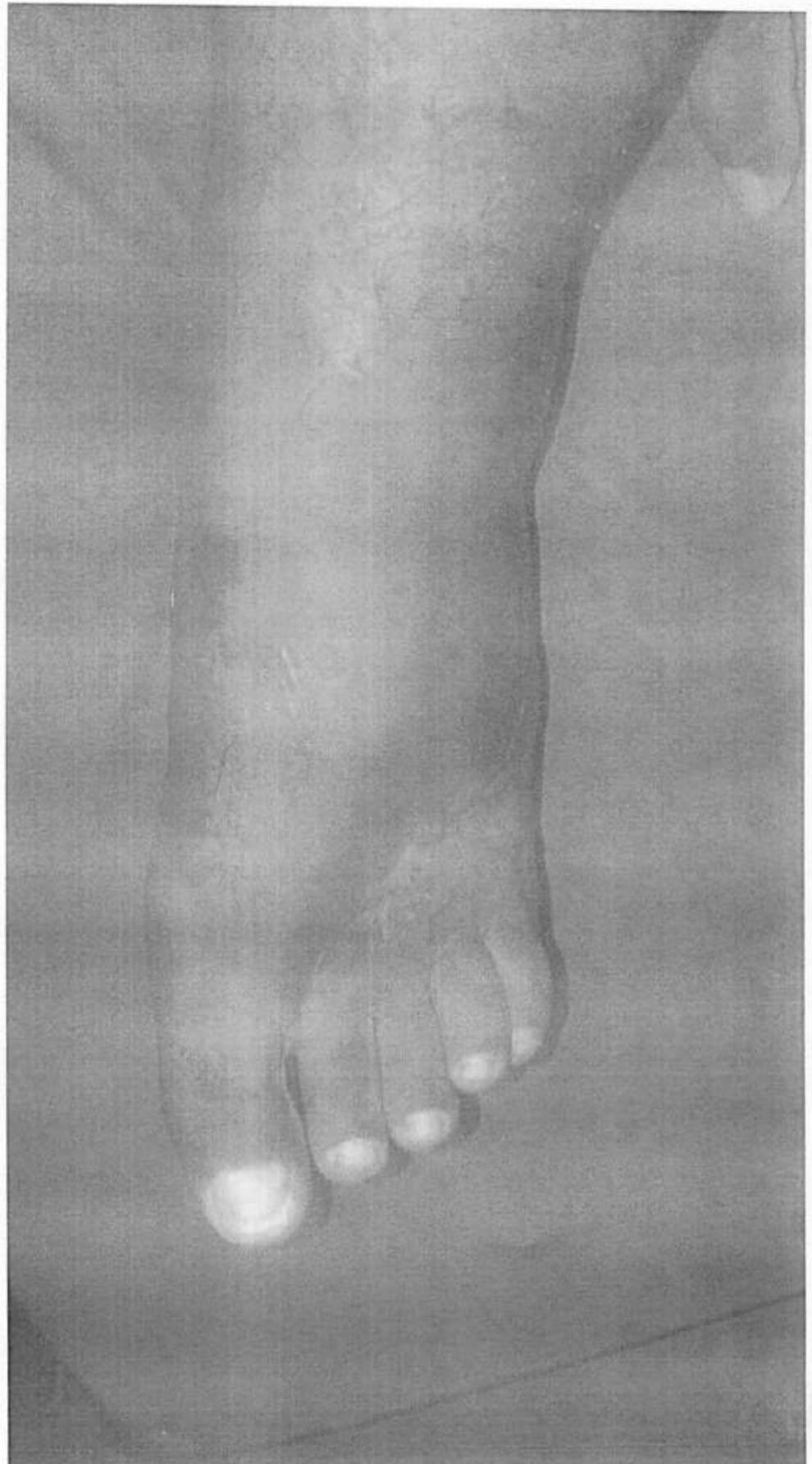
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 21



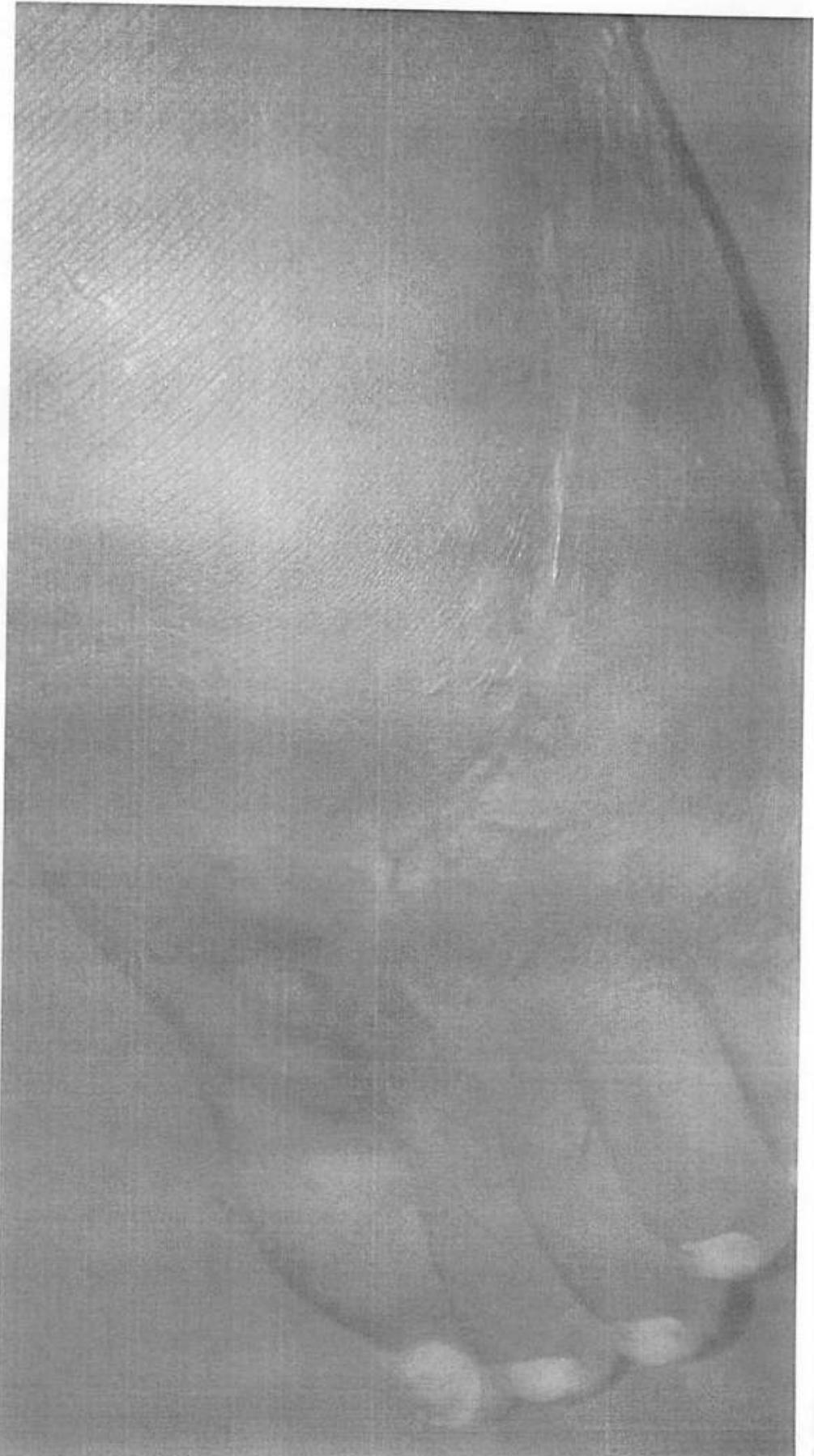
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101151143521010000036646734>
Número do documento: 2101151143521010000036646734

Num. 38429303 - Pág. 22



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 23



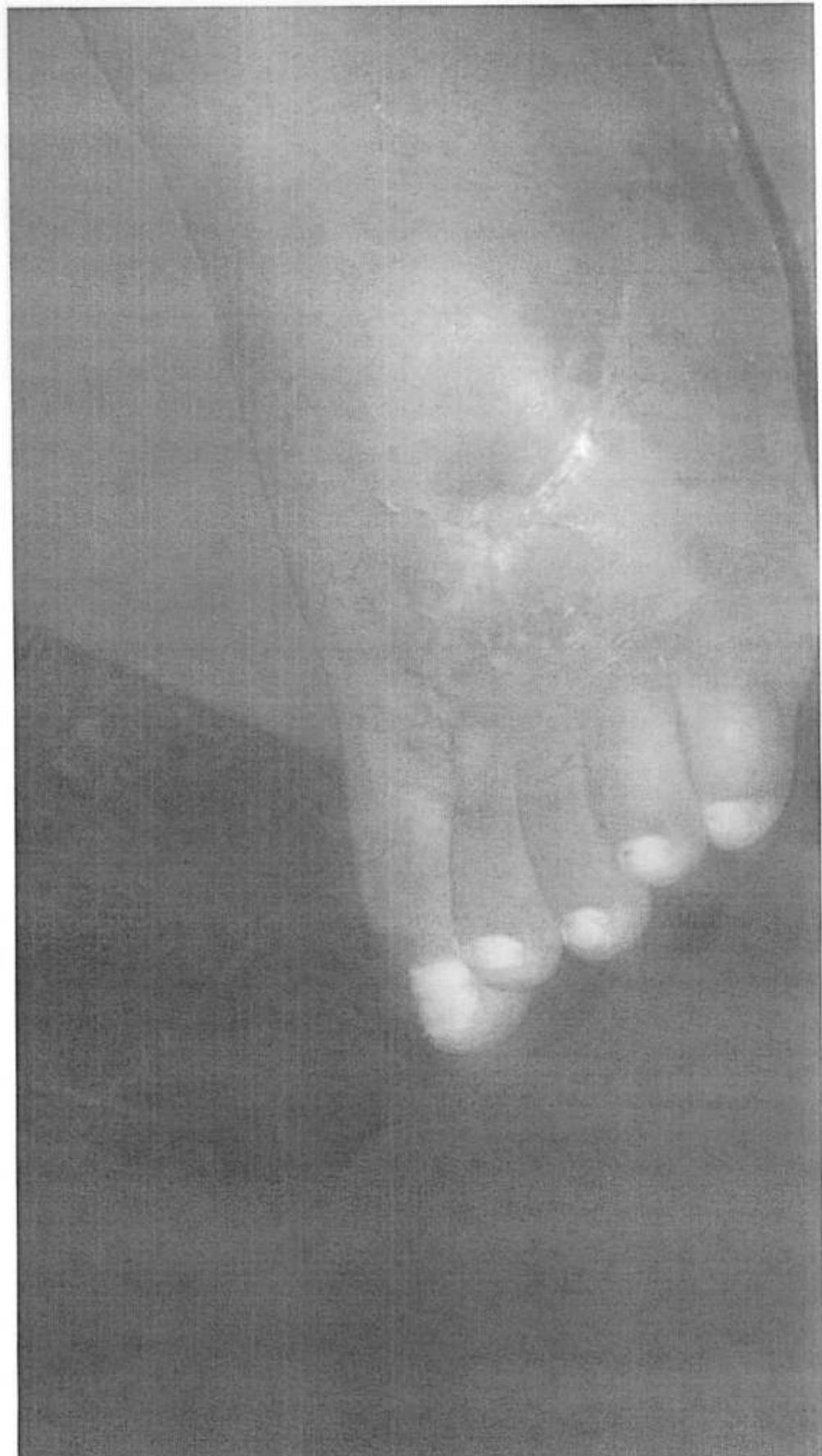
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 24



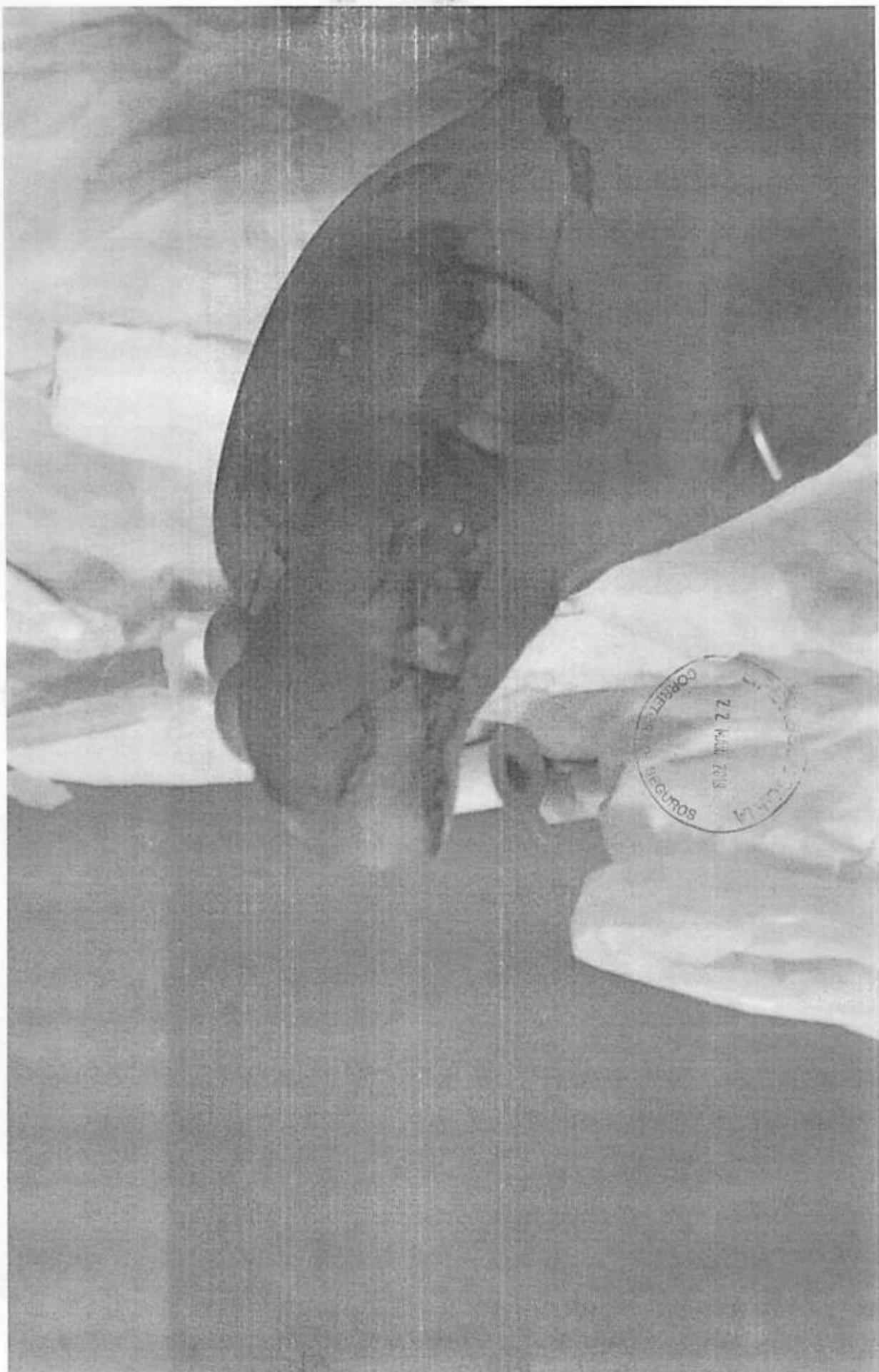
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 25



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 26



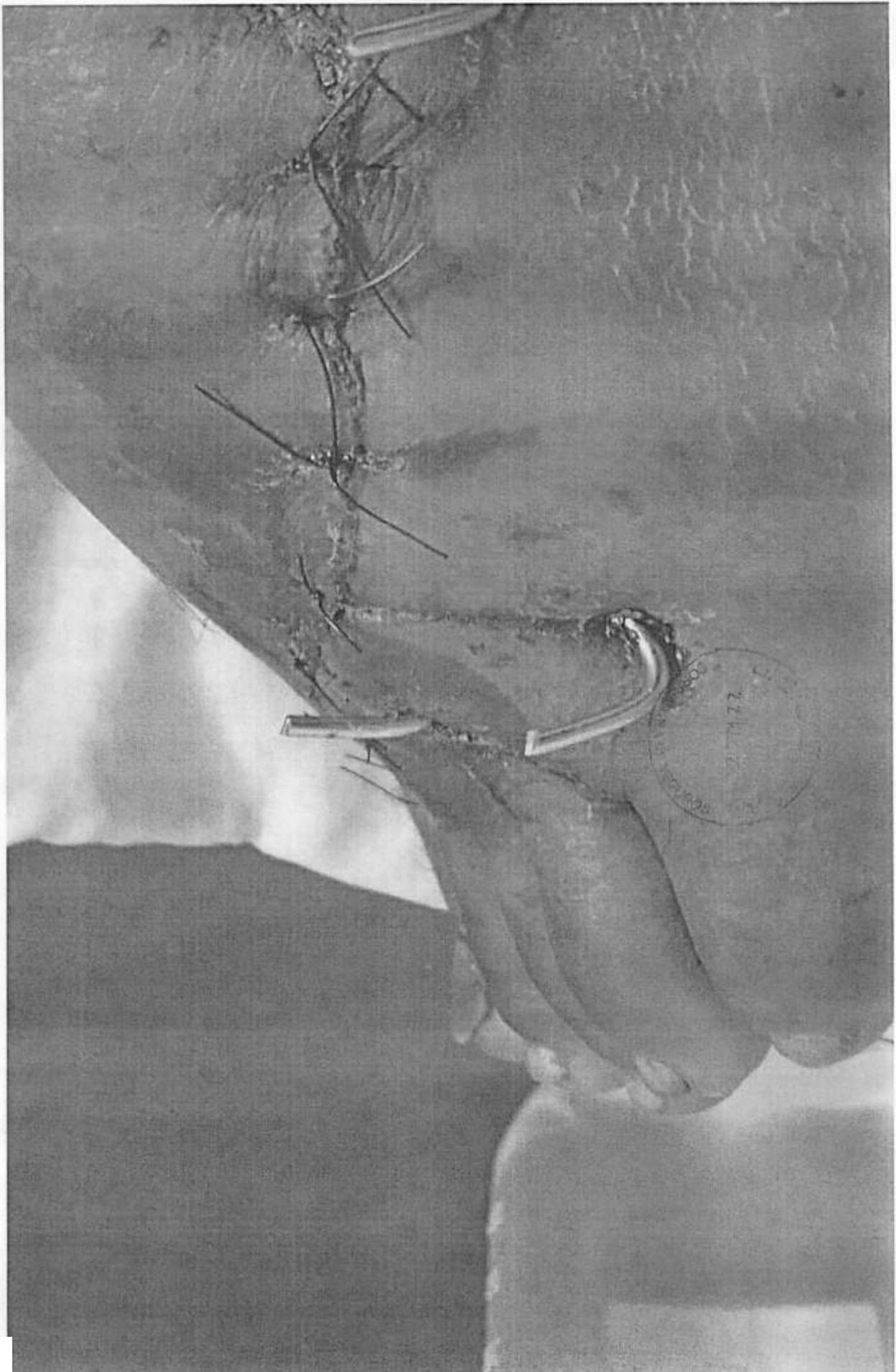
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 27



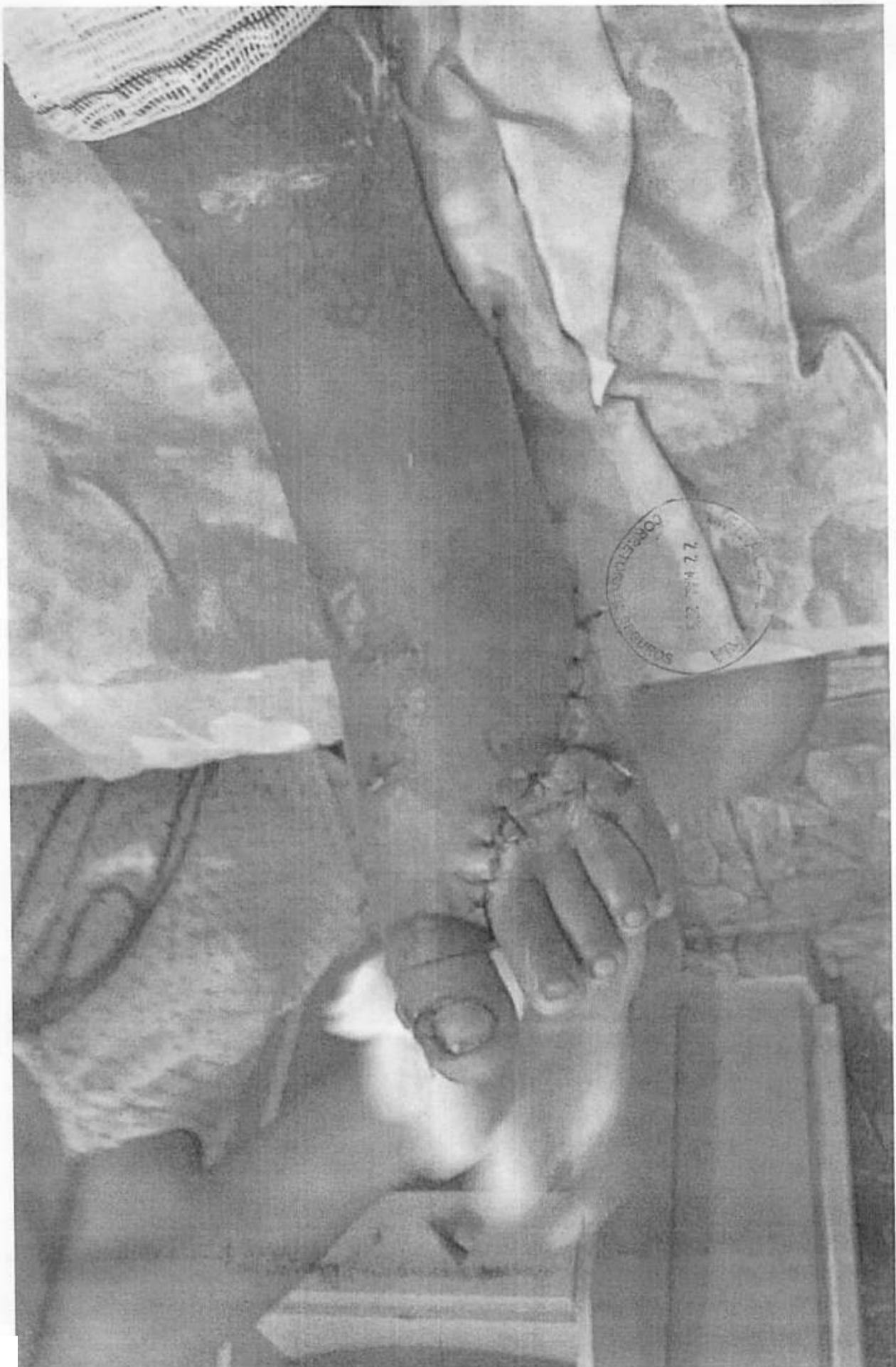
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 28



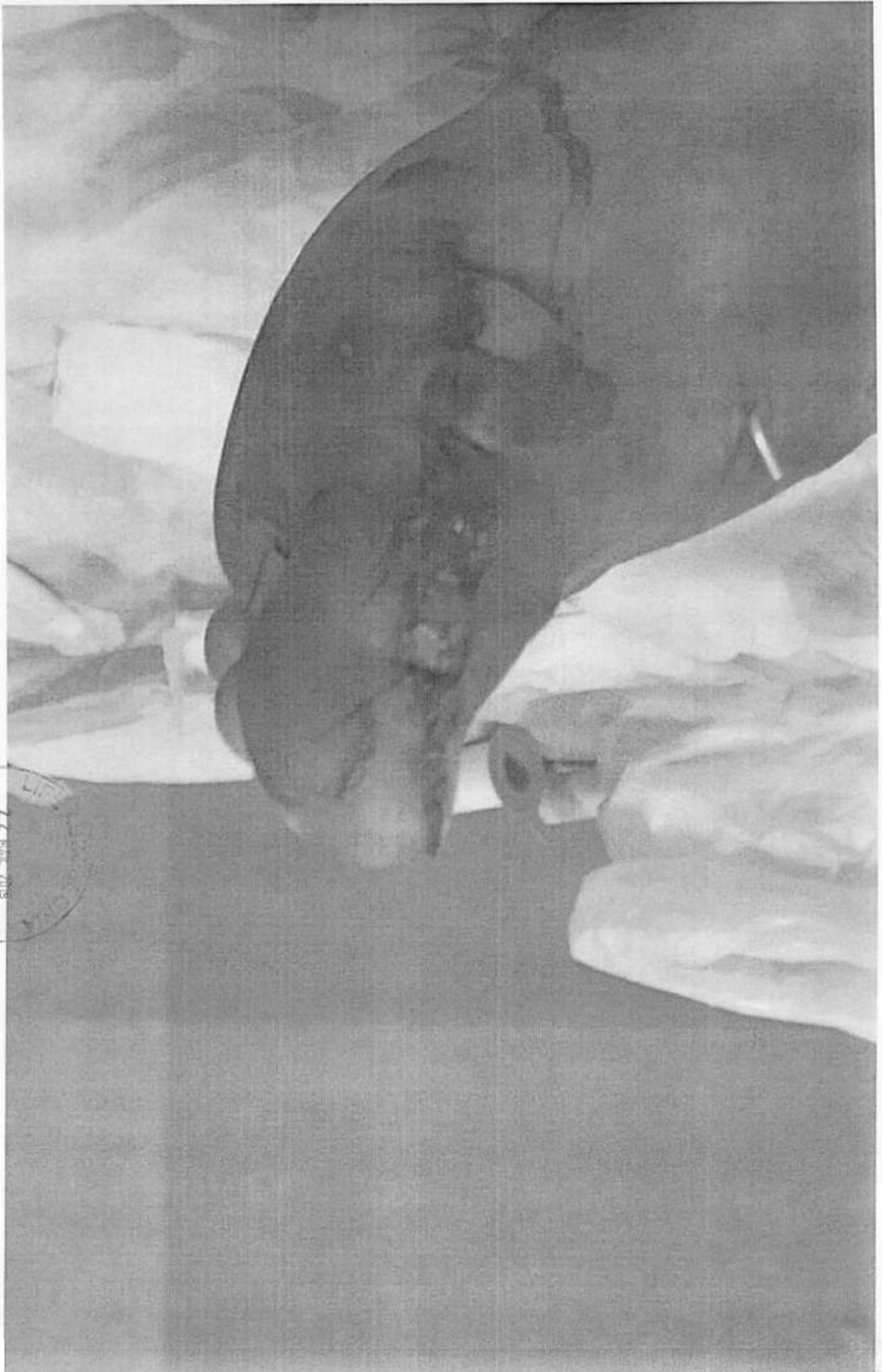
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 30



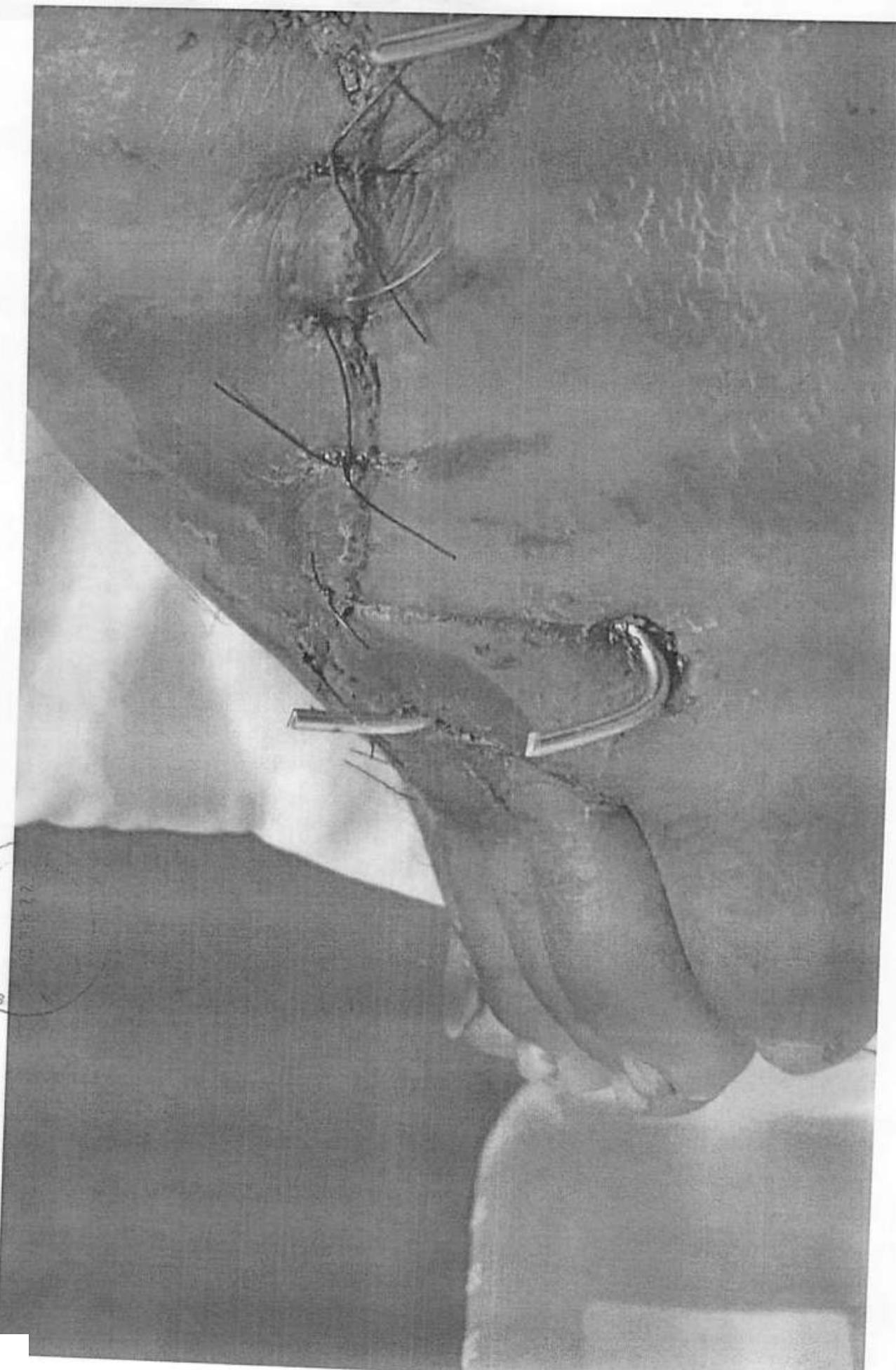
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 31



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 32



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 33



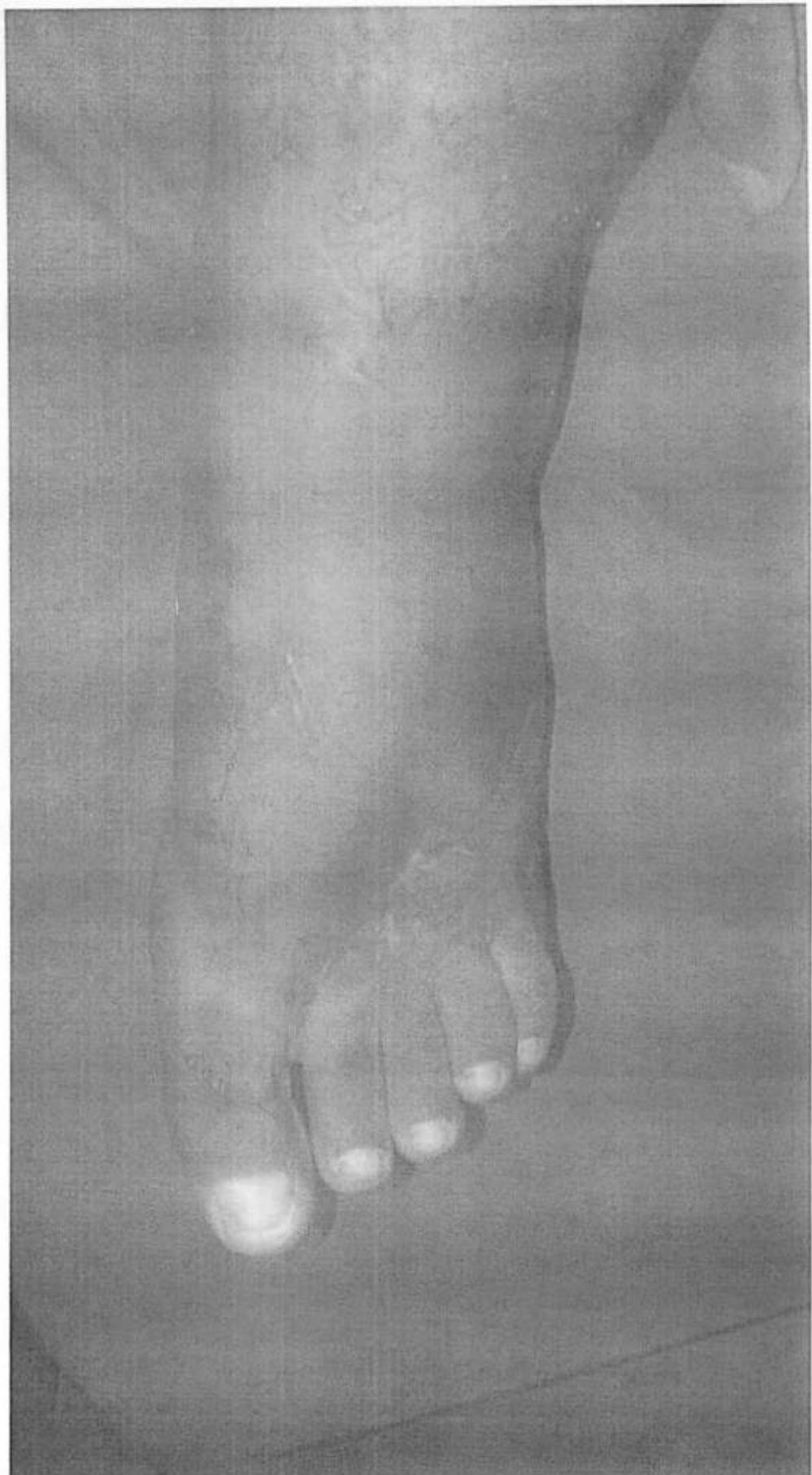
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 34



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 35



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 36



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>

Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 37



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número do documento: 21011511435210100000036646734

Num. 38429303 - Pág. 38

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL									
MINISTÉRIO DAS CIUDADES									
DETRAN - PB N° 014082401632									
CERTIFICADO DE REGISTRO E FUNCIONAMENTO DE VÉHICULO									
CAR 1 0102270103-7 0000000000 2018									
ALEXANDRE HENRIQUES DA LIMA									
02219424408 02219424408									
NOVO PB 9C2JB0100CR033965 9C2JB0100CR033965									
PAS / MOTOCICLETA/NRO APPLI: GASOLINA									
HONDA/POP 110I 2015 2016									
2 B/109 /CTZ PARTE VERMELHA									
IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º 02219424405 02219424405									
V FAUNA/IPVA MARCIA/HONDA 01072701097 HONDA/POP 110I									
2015 9 9C2JB0100CR033965 9C2JB0100CR033965									
PRÉMIO TARIFÁRIO									
PIS/PIS + DESPATU/PIB + JURADO/SECUR/PIB									
CUSTO DO BILHETE/PIB + OF/PIB + UNI/REP/SECUR/PIB									
SEGURADO PAGO 28/09/2018 28/09/2018									
SEM RESERVA DE DOMÍNIO									
CARRO/AUTO/POSS/TRANSF/0									
REMIGIO-PB 16/10/2018 31054-1129195-20181016									
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE CONTRATURA WWW.SEGURADORA.DPVAT.COM.BR SAC DPVAT 0800 022 1204									
PB N° 014082401632 BILHETE DE SEGURO DPVAT									

CORRETORAD
22 MAI 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435210100000036646734>
Número de documento: 21011511435210100000036646734

Núm. 38429303 - Pág. 39



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA David Ballim dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 21/11/2018 CPF DA VÍTIMA 704 752 13483
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO David Ballim dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR UF VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É David Ballim dos Santos
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Sebastiana Gonçalves
 N° 189 COMPLEMENTO Bairro Bela Vista
 CIDADE Renascença UF PR CEP 58398002
 E-MAIL _____ TELFONE (83) 33341289

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, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

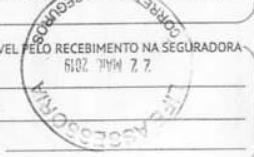
- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL 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, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODETRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodeftransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/10/2019IDENTIDADE 3632552ASSINATURA David Ballim dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 01/02/2020NOME Edson Moreira Torres

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101151143521010000036646734>

Número do documento: 2101151143521010000036646734

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190220887 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAVID BALBINO DOS SANTOS **Data do acidente:** 21/10/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PÉ ESQUERDO (LINSFRANC).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0098375/19

Vítima: DAVID BALBINO DOS SANTOS

CPF: 704.752.134-83

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 21/10/2018

Titular do CPF: DAVID BALBINO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DAVID BALBINO DOS SANTOS : 704.752.134-83

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: 22/03/2019
Nome: DAVID BALBINO DOS SANTOS
CPF: 704.752.134-83

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/03/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

DAVID BALBINO DOS SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3190220887	CPF da vítima: 70475213483	Nome completo da vítima: David Ballim dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo: David Ballim dos Santos		CPF: 70475213483	
Profissão: Consultor	Endereço: Rua Schönemann Góes	Número: 189	Complemento:
Bairro: Bela Vista	Cidade: Paramá	Estado: PB	CEP: 58398000
E-mail: mocis@bruno.com.br	Tel.(DDD): 5333341289		

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

RENDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 1668 CONTA: 57551 5 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Campina Grande - PB 15/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura: 15 ABR. 2019



(*) Assinatura de quem assina A ROGO
David Ballim dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08132527920198150001

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 **DAVID BALBINO DOS SANTOS**, 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 parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 22 de dezembro 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 - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435254300000036646737>
Número do documento: 21011511435254300000036646737

Num. 38429306 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/01/2021 11:43:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011511435254300000036646737>
Número do documento: 21011511435254300000036646737

Num. 38429306 - Pág. 2