



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
38429301	15/01/2021 11:43	Petição	Petição
38429303	15/01/2021 11:43	2631238_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
38429306	15/01/2021 11:43	2631238_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, contatos 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 nº 14098949





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





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%

Graduação: Em grau leve 25%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

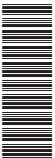
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01851/01852 - carta_15R - INVALIDEZ

00010926



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: 0098375/19 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

Nome completo: David Ballim dos Santos CPF: 70475213483

Profissão: agricultor Endereço: Rua Sebastião Gonçalves Número: 189 Complemento:

Bairro: Bela Vista Cidade: Parnaíba Estado: PB CEP: 58398000

E-mail: mocio Bruno odu @gmail.com Tel.(DDD): 83 33341289

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1668 CONTA: 37551 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo 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 Líder 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) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Campina Grande - PB 22/03/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

David Ballim dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
2ª | 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





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 Nº 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 Nº 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, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando 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 Nº 3.637.557, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 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

Escrivão 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: 0098375/19	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		
Nome completo: David Ballim dos Santos	CPF: 70475213483	
Profissão: aqueleiro	Endereço: Rua Sebastiana Genesalves	Número: 189
Bairro: Bela Vista	Cidade: Pernambuco	Estado: PE
E-mail: inacio.primo.odu@gmail.com	CEP: 58398000	Tel.(DDD): 8333341289

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo 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 Líder 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"/> Divorçado <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: _____
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 Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Campanha Grande - PE 22/03/2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

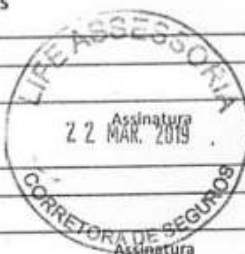
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

David Ballim dos Santos
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

2ª | Nome: _____
 CPF: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

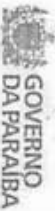
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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





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 - Mabinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-909 Data: 21/10/2018
Boleim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Patrícia Maria Gonçalves

PACIENTE: DAVID BALBINO DOS SANTOS
CEP: 58398900

Endereço: RUA SEBASTIANA GONCALVES DE L

Cidade: Remígio

Idade: 027

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA EDLENE DOS SANTOS

Responsável:

RG: 3637557

Nº: 189

Profissão: GESESE

Estado Civil: Casado(a)

Data de
Atend: 21/10/2018

CNS: 700300930797436

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 18:05:24

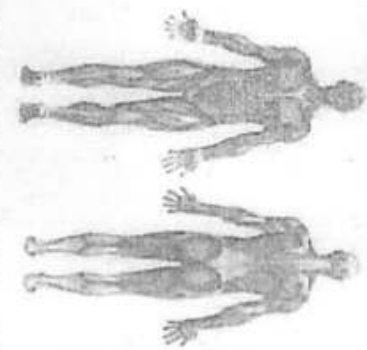
Médico:

CRM:

Especialidade:

9602-2962
9916-4038

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. Empiamento
9. Entesmo subcutâneo
10. Ematoma
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Corbato
15. F. Corrente
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria de Vento
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enfiado
29. Ocorrência
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Pericardite
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de Isaque
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = %

Grav () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

PRONT 1758583

http://10.1.1.148/projeto/hcg/imprimir/genera.php?contar=1758583

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exame físico: normal

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS

Glasgow

PA

HGT:

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais
- () Gasometria arterial
- () Tomografia Computadorizada
- () Ultrassonografia:
- () Radiografias:
- ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Especialista:

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

Nº

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alexandre Matias de Lima,
RG nº 1.914.093, data de expedição 05/09/2017,
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 022.194.244-05, com
domicílio na cidade de Remigio, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Desembargo General Cananea, Bela Vista nº 59,
complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado 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/PR
Chassi: 91C25001006R033965
Data do Acidente: 21/10/2018
Local e Data: Remigio PR 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

HTCG-Painel Administrativo

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

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

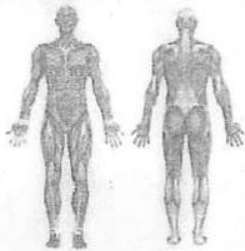
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 21/10/2018
Boletim de Emergência (B.E.) - Modelo 07 Atendente: Patricia Maria Gonçalves

PACIENTE: DAVID BALBINO DOS SANTOS
Endereço: RUA SEBASTIANA GONCALVES DE L...
Sexo: M Telefone: 98831812
Cidade: Remigio Idade: 027 Bairro: CENTRO
Nome da Mãe: MARIA EDLENE DOS SANTOS RG: 3637557 Nº: 189
Responsável: CPF: Profissão: GESSSE
Estado Civil: Casado(a) Data de Atendimento: 21/10/2018 CNS: 700300930797436
Motivo: ACIDENTE DE MOTO Hora: 18:05:24 CONVÊNIO: SUS
Médico: CRM: Especialidade:

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. Coritubo
15. F. Cortame
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injeção de Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow

PA

HGT:

SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

às

Dia

Especialista:

às

Dia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

1

2

3

4

5

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

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

RAIO X
REALIZADO EM:
21/10/18

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

projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1758583

1/2



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

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

Diagnóstico

7.28

fix \times inverse (F)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Doença	Prescrição Médica	Alojamento	Leito	Convênio	Evolução Médica
1	Doença	1. Doença				11:00
2	Doença	2. Doença				11:00
3	Doença	3. Doença				11:00
4	Doença	4. Doença				11:00
5	Doença	5. Doença				11:00
6	Doença	6. Doença				11:00
7	Doença	7. Doença				11:00
8	Doença	8. Doença				11:00
9	Doença	9. Doença				11:00
10	Doença	10. Doença				11:00
11	Doença	11. Doença				11:00
12	Doença	12. Doença				11:00
13	Doença	13. Doença				11:00
14	Doença	14. Doença				11:00
15	Doença	15. Doença				11:00
16	Doença	16. Doença				11:00
17	Doença	17. Doença				11:00
18	Doença	18. Doença				11:00
19	Doença	19. Doença				11:00
20	Doença	20. Doença				11:00
21	Doença	21. Doença				11:00
22	Doença	22. Doença				11:00
23	Doença	23. Doença				11:00
24	Doença	24. Doença				11:00
25	Doença	25. Doença				11:00
26	Doença	26. Doença				11:00
27	Doença	27. Doença				11:00
28	Doença	28. Doença				11:00
29	Doença	29. Doença				11:00
30	Doença	30. Doença				11:00
31	Doença	31. Doença				11:00
32	Doença	32. Doença				11:00
33	Doença	33. Doença				11:00
34	Doença	34. Doença				11:00
35	Doença	35. Doença				11:00
36	Doença	36. Doença				11:00
37	Doença	37. Doença				11:00
38	Doença	38. Doença				11:00
39	Doença	39. Doença				11:00
40	Doença	40. Doença				11:00
41	Doença	41. Doença				11:00
42	Doença	42. Doença				11:00
43	Doença	43. Doença				11:00
44	Doença	44. Doença				11:00
45	Doença	45. Doença				11:00
46	Doença	46. Doença				11:00
47	Doença	47. Doença				11:00
48	Doença	48. Doença				11:00
49	Doença	49. Doença				11:00
50	Doença	50. Doença				11:00
51	Doença	51. Doença				11:00
52	Doença	52. Doença				11:00
53	Doença	53. Doença				11:00
54	Doença	54. Doença				11:00
55	Doença	55. Doença				11:00
56	Doença	56. Doença				11:00
57	Doença	57. Doença				11:00
58	Doença	58. Doença				11:00
59	Doença	59. Doença				11:00
60	Doença	60. Doença				11:00
61	Doença	61. Doença				11:00
62	Doença	62. Doença				11:00
63	Doença	63. Doença				11:00
64	Doença	64. Doença				11:00
65	Doença	65. Doença				11:00
66	Doença	66. Doença				11:00
67	Doença	67. Doença				11:00
68						

Dr. V. K. Raghav
U.S. Office
No. 9500

22 MAR 2009

Dr. F. J. M. M. M.
1800-1900





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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1/ 1.5. 1.5. 1.5.
- 2/ 1.5. 1.5. 1.5.
- 3/ 1.5. 1.5. 1.5.
- 4/ 1.5. 1.5. 1.5.
- 5/ 1.5. 1.5. 1.5.
- 6/ 1.5. 1.5. 1.5.
- 7/ 1.5. 1.5. 1.5.
- 8/ 1.5. 1.5. 1.5.
- 9/ 1.5. 1.5. 1.5.
- 10/ 1.5. 1.5. 1.5.

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

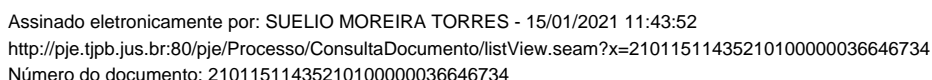


David



$$G =$$

MOD 010





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	David Balbino dos Santos		Idade:	27a
Convênio:	sus.		Data:	21.10.18
Procedimento:	Trat. Cirurgico de Fratura Exposta de Pí (E)			
Cirurgião:	Dr. Paulo	Auxiliar:	Anestesista: Dra. Sabela	
Início:	20.30	Término:	21.50	Anestesia Raqui

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Consciência
21:45	112x42	95	100%	Jonny + Ivonilda	+	Consciente
00:00	136x53	81	95%	Jonny + Ivonilda	+	Consciente
00:30	122x52	82	88%	Jonny + Ivonilda	+	"
01:00	134x45	88	81	Jonny + Ivonilda	+	Consciente
02:00	138x55	79	98%	Jonny + Ivonilda	+	"
03:00	118x63	53	98%	Jonny + Ivonilda	+	Consciente
3h30	137x45	-	99%	Salentina	+	Consciente
4:00	137x45	60	98%	Jonny + Ivonilda	+	"
05:30	135x55	115	97%	Jonny + Ivonilda	+	Consciente
06:45	129x56	98	98%	Jonny + Ivonilda	+	"
08:00	121x60	111	99%	Simone	+	"
09:00	133x65	118	98%	Jonny + Ivonilda	+	"
10:00	128x56	117	98%	Jonny + Ivonilda	+	"

[illegible][illegible]

Relatório de Operação

MCD 103



MANUTENÇÃO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

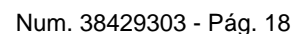
Fratura do rádio

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
<i>David Ballina</i>			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
<i>21/10</i>	1. Dieta <i>doença</i>		
	2. SRL 1500ml EV/24h		
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/08h	<i>06</i>	
	4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h	<i>06</i>	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum	<i>(06)</i>	
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia		
	9. SSVV + CCGG		
	<i>10. Clavata 600, ev 06/08h</i>	<i>06</i>	
	<i>11. Janta 240g, 1x/dia</i>	<i>06</i>	
			<i>At com</i>
			<i>Amor continuo</i>
			<i>de</i>
			<i>de. Ac. Placa</i>
			<i>Almuerzo</i>
			<i>vapor alta</i>
			<i>El. H. Jera</i>



500.126

8. Fis. Schubert Costa
Oper. - Traumatologia
Cirurgia da Coluna
RBM 5525



AUTORIZAÇÃO

Ass. do. Médicos do CRM

Journal of the
Society of
Costa Rica

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE N.º 592
O PERÍODO DE 10/10/81 A 29/10/81 NECESSITANDO DE 90 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINES QUE O (A) SR. (A): João de Deus
PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. 123456789

ATESTADO

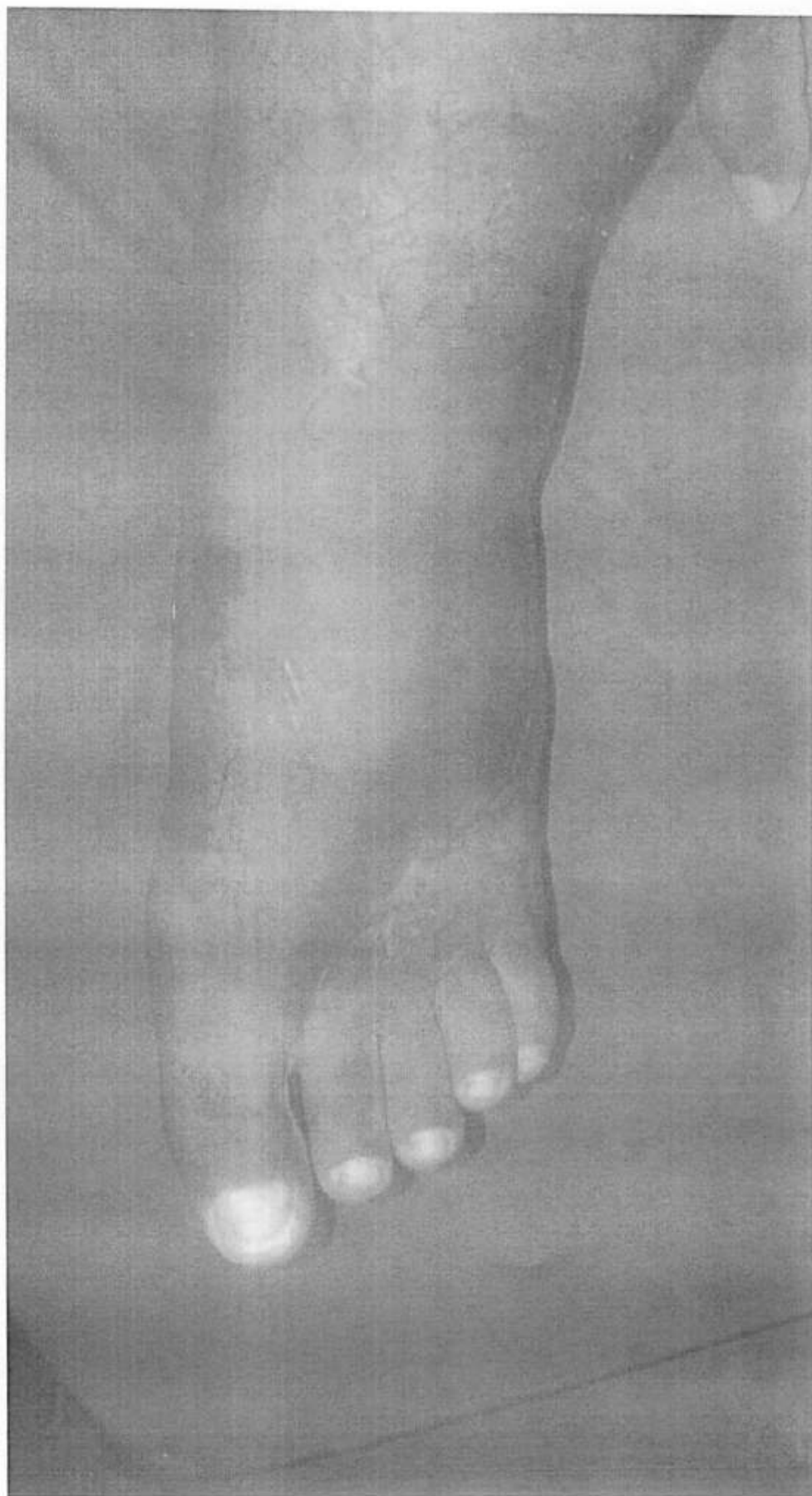
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO DA PARALBA





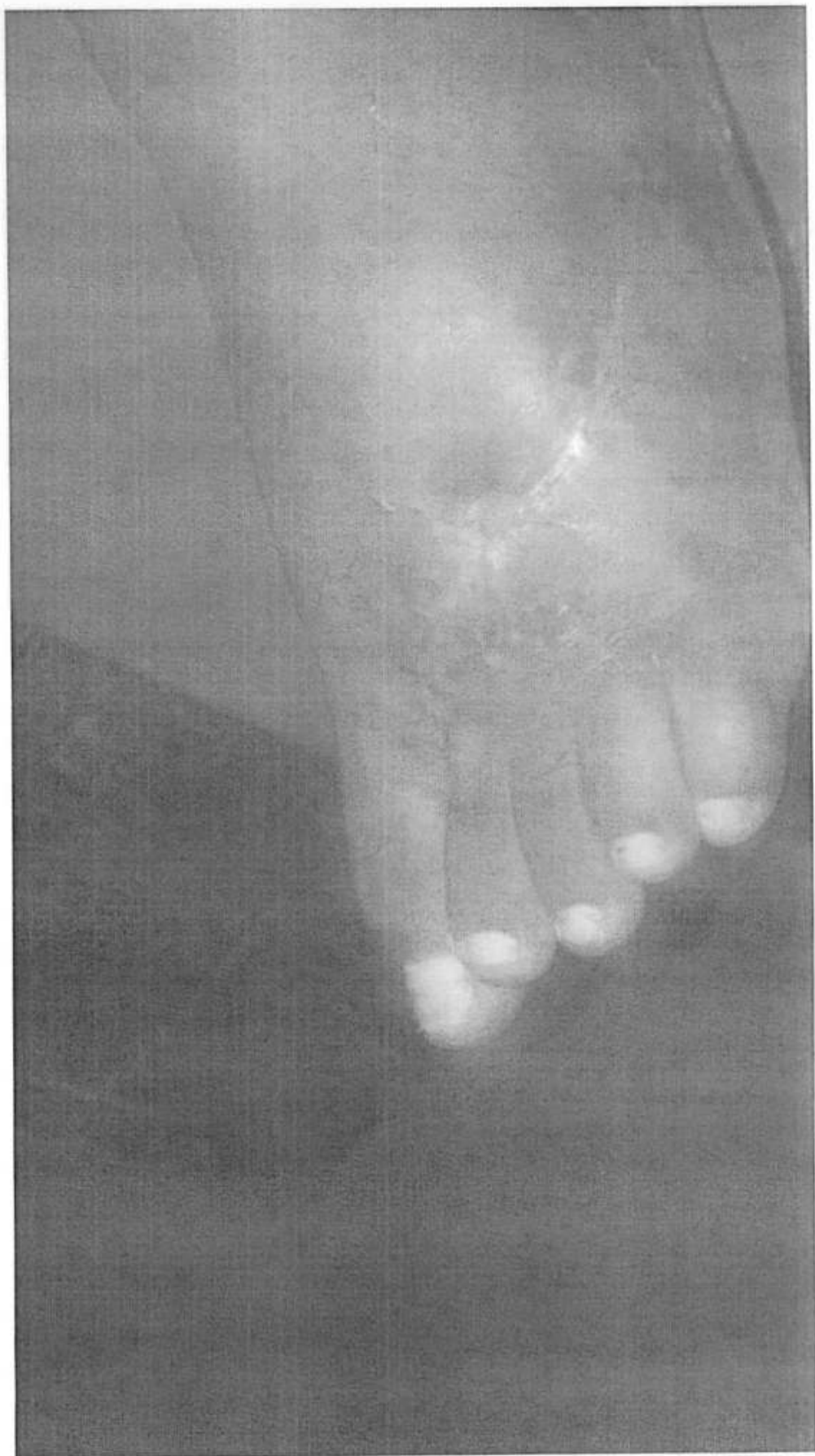


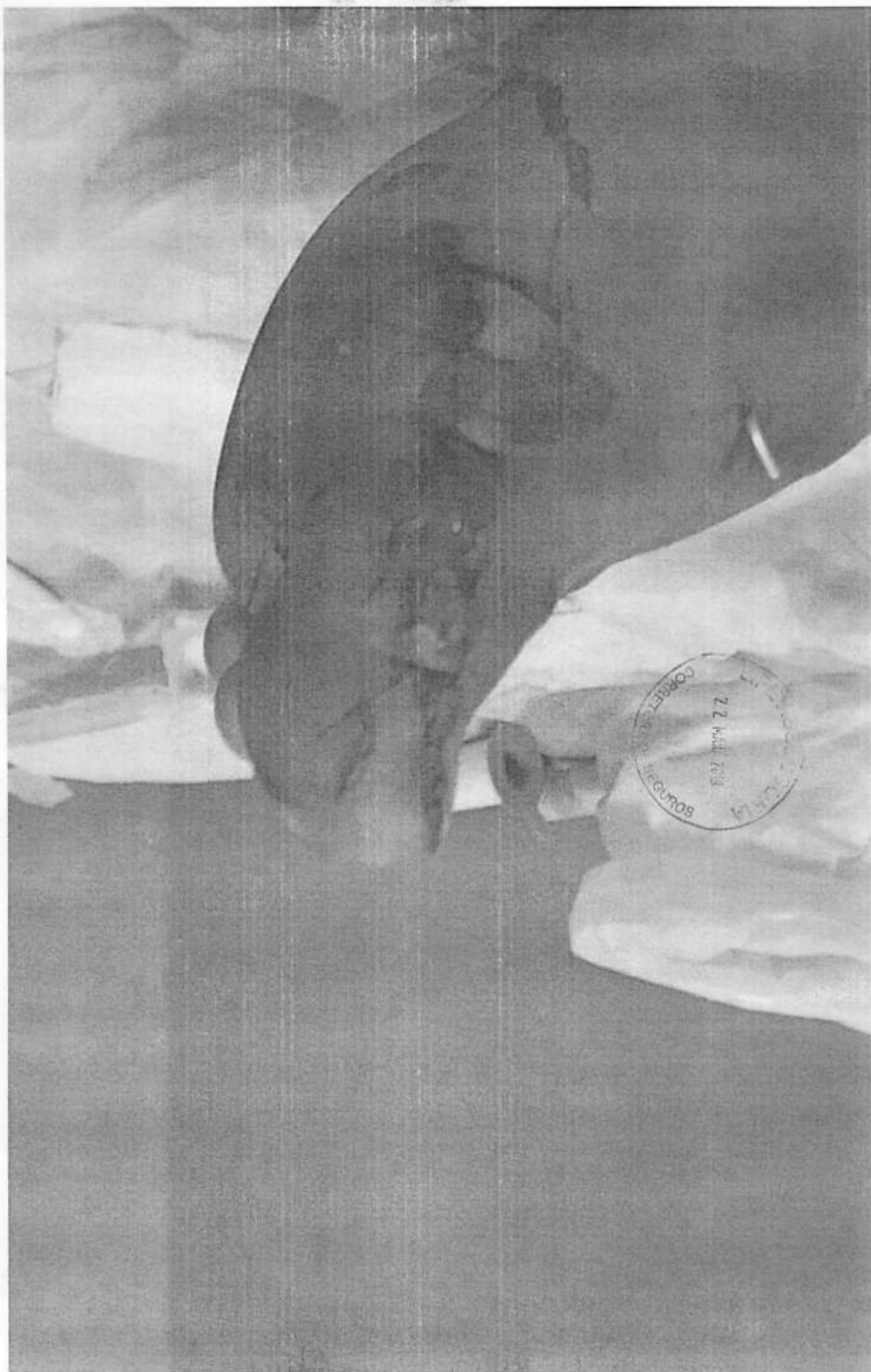




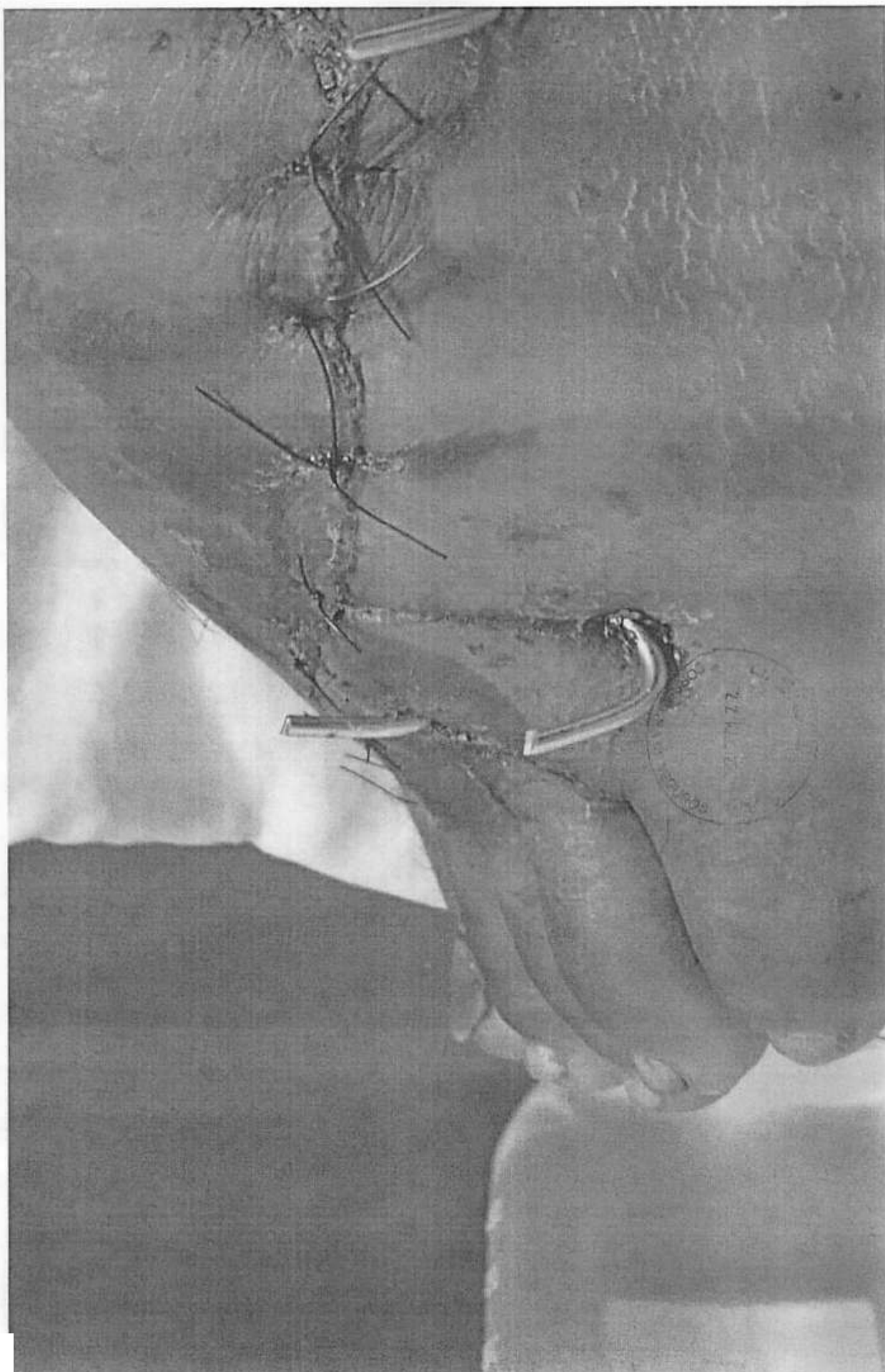


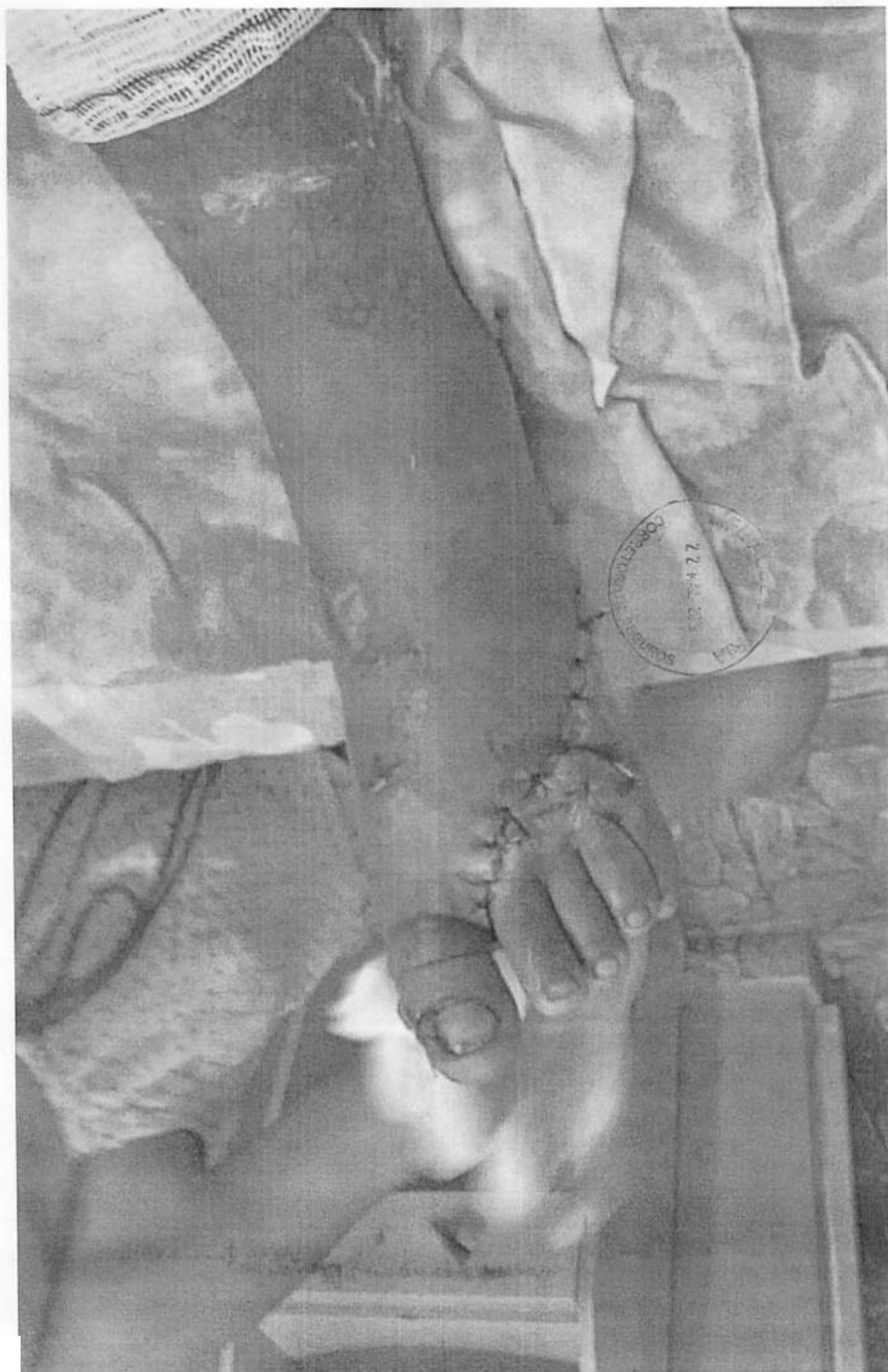






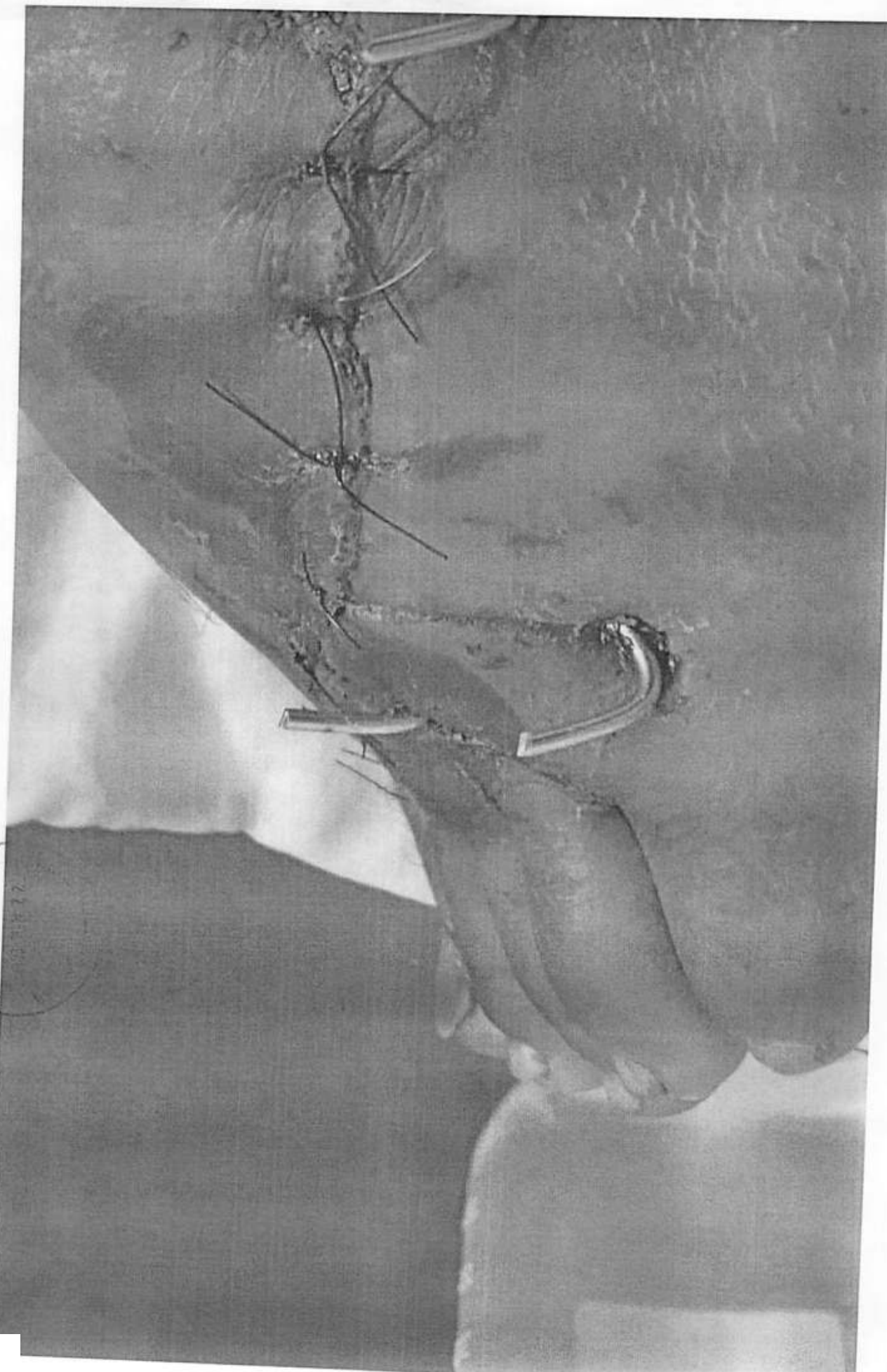








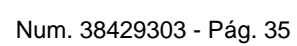
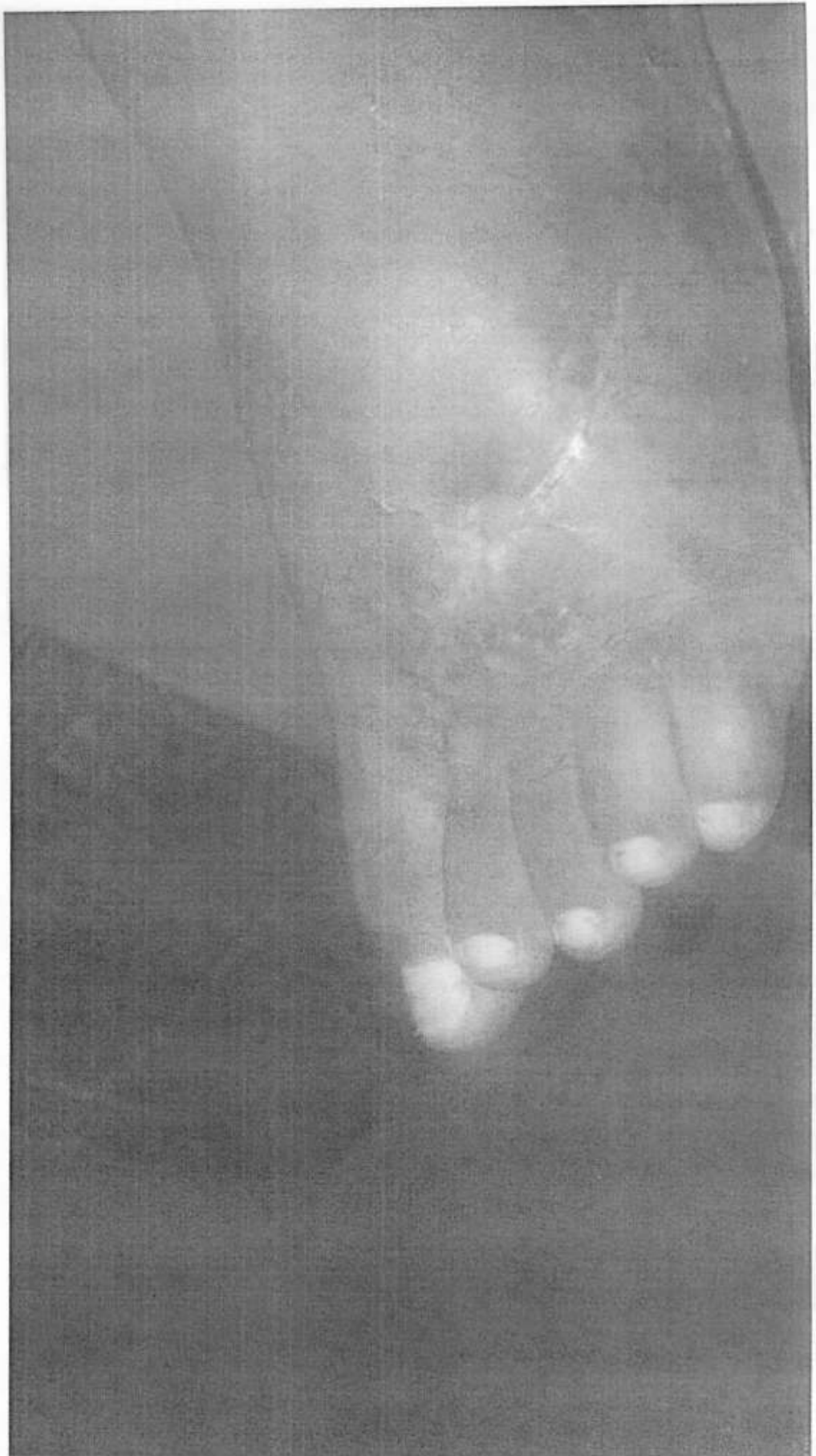


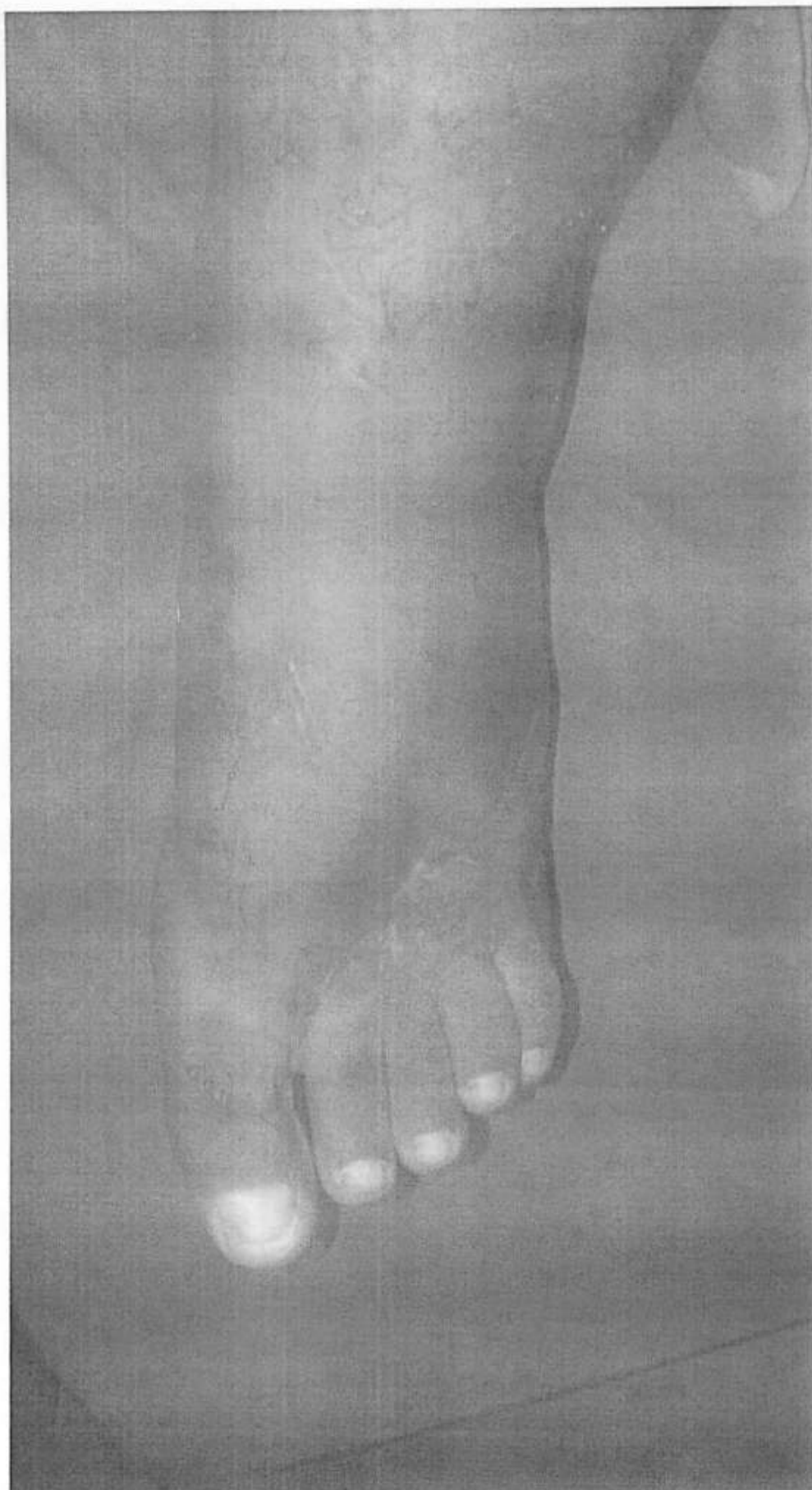


CORRETORA DE SEGUROS

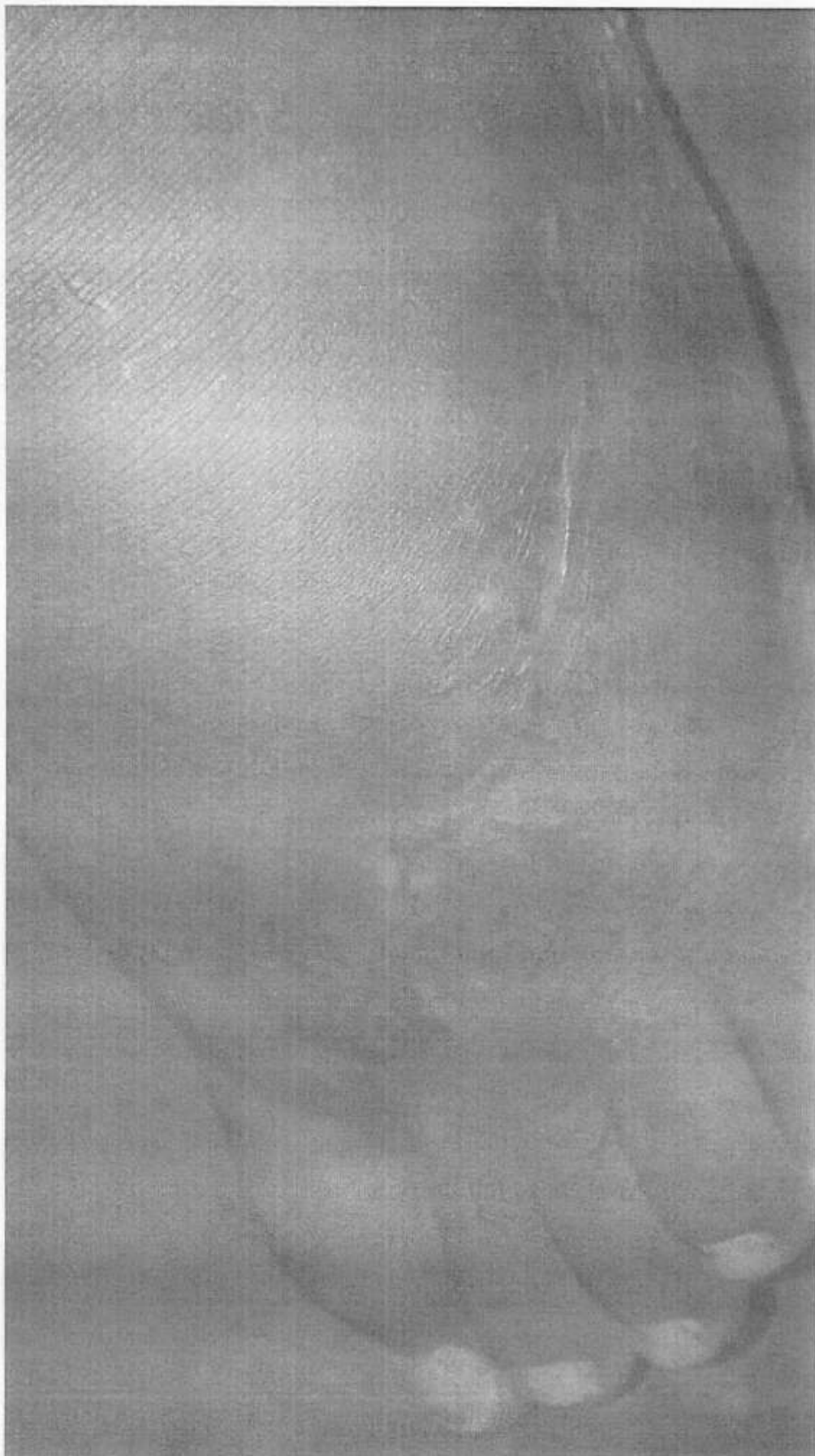












REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014082401632
 Cód. Matr. PPF 20180500907486-0
 1 0107270109-7 00/00000000 2018

ALEXANDRE MARTINS DE LIMA

00466655009

02219424405
 HONDA
 NOVO PB 9C2JB0100GR033965

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

HONDA/POP 1101

2 E/109 /CI

IPVA PAGO EM 00/00/0000

FAVAT PVA 0

REGURO P A G O 28/09/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

NAO VALEDO PARA TRANSFERENCIA

REMIGIO-PB

42692

16/10/2018

31054

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
 AO PARTICIPANTE DE VEICULOS TERCIAIS OU POR QUANTO A PESSOA PARTICIPANTE DO VEICULO

PB Nº 014082401632 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoraliber.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

1 02219424405

01072701097 HONDA/POP 1101

2015 9 9C2JB0100GR033965

PREMIO TARIFARIO

QUANTO DO BILHETE (R\$)

QUANTO DO SEGURO (R\$)

SEGURO P A G O 28/09/2018

31054-1129195-20181016

400-2018





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA David Balkino dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 21/10/2018 CPF DA VÍTIMA 704.752.134-83
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO David Balkino dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR h VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É David Balkino dos Santos
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Sebastiana Gomes
 Nº 189 COMPLEMENTO BAIRRO Bela Vista
 CIDADE Remigio UF PE CEP 53.398-000
 E-MAIL TELEFONE (83) 33341289

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 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

- 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.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/03/2019
 IDENTIDADE 3632552
 ASSINATURA David Balkino dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 6/02/2019
 NOME 6102 744 7.7
 ASSINATURA



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. 40

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

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-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

DAVID BALBINO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 Nº 445/2012

Nome completo: David Ballim dos Santos CPF: 70475213483

Profissão: agricultor Endereço: Rua Sebastiana Gonçalves Número: 189 Complemento:

Bairro: Bela Vista Cidade: Parnaíba Estado: PB CEP: 58398000

E-mail: mocio.muniz@uol.com.br Tel.(DDD): 8333341289

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1668 CONTA: 37551 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo 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 Líder 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

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

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)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____



(*) 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



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