



Número: **0805174-07.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **16/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA (AUTOR)		JOSE RUBENS DE MOURA FILHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A, (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIBIRICA DE MEDEIROS BARBOSA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36735683	17/11/2020 12:01	Petição	Petição
36735685	17/11/2020 12:01	2642716_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
36735686	17/11/2020 12:01	2642716_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**

Nº Sinistro: **3180385552**

Vítima: **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**

Data do Acidente: **24/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180385552**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13289560

Pag. 00823/00824 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**
Nº Sinistro: **3180385552**
Vítima: **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**
Data do Acidente: **24/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180385552**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01919/01920 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13291537



Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**
Nº Sinistro: **3180385552**
Vítima: **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**
Data do Acidente: **24/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180385552**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00121/00122 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13419353





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, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180385552

Vítima: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

Data do Acidente: 24/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

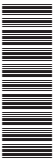
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01483/01484 - carta_16 - INVALIDEZ

00020742



Carta nº 14444040



Autorização de pagamento

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

708.964.434-00

Nome completo da vítima

ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA		CPF titular da conta 708.964.434-00	Profissão Autônomo
Endereço R. ANTONIO ANASTAGIO		Número 96	Complemento
Bairro MANGABEIRA	Cidade SOAO PESSOA	Estado PA	CEP 58073-171
Email		Telefone (DDD) 83-98801-0051	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 		D/V 		CONTA NRO. 		D/V 	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

SOAO PESSOA 01 de AGOSTO de 2016

Local e Data

x Antonio Marcio dos Santos Batista

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPP.001 V001/2017







DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
9ª Delegacia Distrital da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07445.01.2018.1.02.009

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07445.01.2018.1.02.009, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:25 horas do dia 23 de julho de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 9ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Alves de Azevedo Neto, matrícula 1564862, e lavrado por Carlos Antônio Duarte Félix, Escrivão de Polícia, matrícula 1356828, ao final assinado, compareceu Antonio Marcio dos Santos Batista, CPF nº 708.964.434-00, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Maria dos Santos Batista e Aristeu da Silva Batista, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 13/01/1978 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antônio Anastácio, Nº 96, bairro José Américo, tendo como ponto de referência Próximo Ao Reboque São José, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98698-8927.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo Ao Cemitério Senhor da Boa Sentença, João Pessoa/PB, bairro Varadouro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/02/18 16:00h, Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 24/02/18, por volta das 16:00h, quando conduzia a motocicleta de marca SHINERAY XY50 PHOENIX, cor vermelha, ano 2013/2014, de placa OET-6241/PB, chassi nº LXYYCBL04E0530877, registrada em nome de Alyson da Silva Medeiros, por uma via que fica localizada no Bairro do Varadouro, nesta cidade de João Pessoa/PB, ao desviar de um veículo de placa não identificada, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer luxação anterior do joelho esquerdo e trombose da artéria poplitea esquerda, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde se submeteu a procedimentos médicos.

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

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.682-8

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
Escrivão de Polícia

João Pessoa/PB, 23 de julho de 2018.

Antonio Marcio dos Santos Batista
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
Noticiante

Boletim de ocorrência



Procedimento Policial: 07445.01.2018.1.02.009



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

ANTÔNIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

CPF da Vítima

708.964.434-00

Data do Acidente

24.02.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Declaração de Inexistência de IML

CPF do Representante legal

Email



Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

João Pessoa, 01 de Agosto de 2018

Local e Data

x Antônio Marcio dos Santos Batista

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



2340 / S.MANGABEIRA-UJPES
R. JOSEFA TAVERA 730
JOAO PESSOA PB
58055-000

0140

EMISSAO - 20180518 - ENVEL. 0140
TP-C

013

ANTONIO M DOS SANTOS BATI
ANTONIO ANASTACIO PE 95 CASA
JOAO PESSOA PB
58073-171

Você acaba de receber
o **Cartão de Débito**
Bradesco e todas as
informações que você
precisa para utilizá-lo de
forma prática e segura.

7209036539063760000000522930240518

ANTONIO M DOS SANTOS BATI

CARTÃO DE DÉBITO CLASSIC BRADESCO ELO INTERNACIONAL

Agora, seu Cartão de Débito Elo é internacional.
Além de utilizar o seu cartão para compras e
saques no Brasil, você também pode usar para
saques no exterior de forma prática e segura.

Comprovante de residência



COMO DESBLOQUEAR:

Desbloqueie seu cartão em qualquer máquina de Autoatendimento Bradesco seguindo as instruções da tela. A partir de então, você já poderá utilizá-lo quando e como quiser.

SENHA:

Se este for o seu primeiro cartão

Utilize a senha de 6 dígitos que você cadastrou na agência.

Se for reposição do cartão

Sua senha continua a mesma.

Em casos de esquecimento da senha, realize o recadastramento no Autoatendimento Bradesco com o uso da Biometria. Basta acessar a opção "Cadastrar Senha" e escolher uma nova senha de 6 dígitos.

COMPRA COM DÉBITO:

Pague suas compras com o Cartão de Débito. Basta digitar sua senha de 6 dígitos. O valor exato é debitado na sua conta-corrente, você não precisa esperar pelo troco, e o melhor: não tem cobrança de tarifa. Seu cartão é aceito em milhares de estabelecimentos nas principais maquininhas.

Consulte ou altere seu limite diário de compras pelo Fone Fácil > conta-corrente > outros serviços > limites de compra.

PASSE NO DÉBITO



Em caso de perda ou roubo, ligue imediatamente para o Fone Fácil Bradesco, ou dirija-se até a Agência Bradesco mais próxima para os procedimentos de cancelamento e reposição do cartão.



Bradesco
Cartões



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ALYSON DA SILVA MEDEIROS,

RG nº 3016964, data de expedição 23/04/2013

Órgão SSDS, portador do CPF nº 071.767.894-60, com

domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de

PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

AV. JOSEFA TAVEIRA, nº 101,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA cujo o condutor era

ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

Veículo: Moto

Modelo: SHINERAY XYSO PHOENIX

Ano: 2013/2014

Placa: 021-6241

Chassi: LX4XC6604B0530877

Data do Acidente: 24.02.18

Local e Data: João Pessoa 27.07.18

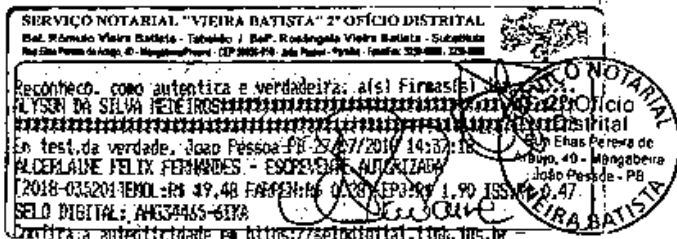
Declaração do proprietário do veí

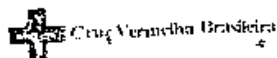


CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Assinatura do Declarante

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1064878

Documentação médica - hospital



Identificação do paciente

Nome	ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA			Sexo	Masculino
ID	1254635	Estado civil	Religião	Prontuário	
Data de nascimento	13/01/1978	Idade	40 anos 1 mes 11 dias		
Mãe	MARIA DOS SANTOS BATISTA			Pai	
Escolaridade				ARISTEU DA SILVA BATISTA	
Responsável (Parentesco)	SIMONE ALVES BARBOSA - ESPOSO(A)				
DDD Móvel	83	Fone Móvel	886988827	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	RG (IDENTIDADE)	Número documento	2232983	Nº Cns	700106923795919
Local de procedência	BR 230	Tipo	BAIRRO	UF	PB
Email		Naturalidade	JOAO PESSOA	CBO/R	

Endereço

CEP	58082040	Município de residência	JOAO PESSOA	UF	PB
Logradouro	DISTRITO INDUSTRIAL				
Complemento	Beirao				
SN	DISTRITO INDUSTRIAL				

Admissão

Data e Hora	24/02/2018 17:10:07	Número de orelha	1000006004698	Convênio	SUS
Especialidade	CIRURGIA GERAL		Clinica		
Classificação de risco			Origem do paciente	RUA	

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
RESGATE - BOMBEIROS			

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Eluor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	------------	-----------	--------	-----------	---------	---------------------

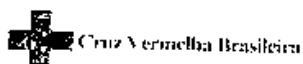
Dados clínicos
Acidente de trânsito com lesão no braço

Diagnóstico	Isaías J. Santiago de Souza Enfermeiro COREN-PB-500757	CID
Atendido por	MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA	Tempo
		01min 57seg

Imprimir

24/02/2018 17:11





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N.
CNPJ: 454556 - Tel.:

Impresso por: SAULO
SOUTO MONTENEGRO
Em: 13/03/2018 15:47:12

Paciente	ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA		Bolém de Atendimento	1064878	Data/Hora Entrada	24/02/2018 17:10:07	Data/Hora Saída
Data de nascimento	13/01/1978	Idade	Sexo	Masculino	CNS	700106923795919	Prontuário
Tempo de Internação			Convênio	SUS			Plantão
							DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (SAULO SOUTO MONTENEGRO - 13/03/2018 15:46:51)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO:

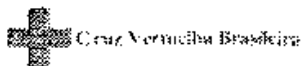
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

Realizado enxerto dermoepidêmico.

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: 0002 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: SAULO SOUTO MONTENEGRO

Número Conselho: 1909





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454547 - Tel.:

Impresso por: CIBELLE
AMORIM RICARTE DE
OLIVEIRA
Em: 11/03/2018 09:42:51

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA	1064878	24/02/2018 17:10:07	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Prontuário
13/01/1978		Masculino	107339
Tempo de Internação	Convênio		Plantão
	SUS		DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (CIBELLE AMORIM RICARTE DE OLIVEIRA - 11/03/2018 09:42:39)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

CLINICA MEDICA

PACIENTE ESTAVEL CLINICAMENTE, COM RELATO DE TRATAMENTO INTERROMPIDO PARA TUBERCULOSE. JA FVAVIADO PELA CCIH (07/03) QUE ORIENTOU INICIAR ESQUEMA COXCIP CONFORME PESO. PACIENTE PESA 55KG
TESTE RAPIDO MOLECULAR (06/03/18)= RESISTENTE A RIFAMPICINA

CONDUTA=

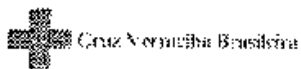
SUGIRO ACRESCENTAR NA PRESCRICAO ESQUEMA COXCIP (0400) VIA ORAL PELA MANHA)
SUGIRO CULTURA DE ESCARRO E REAVALIACAO DA CCIH

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: 0002 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: CIBELLE AMORIM RICARTE DE OLIVEIRA

Número Conselho: 8036

Cibelle Amorim Ricarte
Médica CRM-PB 8036
CNS: 72505736447340





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM -
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por:
FRANCINELIO DE SOUSA
FREITAS
Em: 09/03/2018 06:05:22

Paciente	Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA	1064878	24/02/2018 17:10:07	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Prontuário
13/01/1978		Masculino	107339
Tempo de Internação	Convênio		Plantão
	SUS		NOTURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS - 09/03/2018 06:02:38)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

HD.: 1-luxação traumática do joelho E + trombose da artéria poplítea (trombectomia em 24/02) + fasciotomia na perna D + investigação de tuberculose.

Queixa de dor na área do fixador externo, sem saída de secreção e sem febre.

Aguarda pareceres da infecto. CM, Cardio.

Aguarda RNM de joelho esq

vpm

Seção: POSTO IB - ENF 11 Leito: 0002 - ORTOPEDIA

Profissional responsável pela informação: FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS

Número Conselho: 9603

Dr. Francinello Freitas
Médico
CRM PB 9603
CNS 703404579057800



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 12:01:08

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111712010776500000035064824>

Número do documento: 20111712010776500000035064824

Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNPJ: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: BRUNO DE
LUNA ROMA
Em: 07/03/2018 07:13:53

paciente	ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA		Bolém de Atendimento	1064878	Data/Hora Entrada	24/02/2018 17:10:07	Data/Hora Saída
Data de nascimento	13/01/1978	Idade	Sexo	Masculino	CNS	700106923795919	Prontuário
Tempo de Internação			Convênio	SUS			Plantão
							DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DE LUNA ROMA - 07/03/2018 07:13:46)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

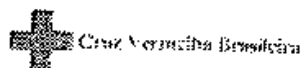
#luxação traumática do joelho esq. + trombose de artéria poplitea (trombectomia feita dia 24/02/2018)
paciente com boa perfusão distal do mie, fasciotomia medial da perna direita com bom aspecto. Paciente evolui sem
queixas. Diurese e dejeções preservadas. Relatado pela enfermagem que paciente abandonou tratamento de
tuberculose.
conduta: mantida
guarda mm de joelho esquerdo

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

Número de Consórcio: 10075

Dr. Bruno de Luna Roma
Médico Ortopedista





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: BRUNO DE
LUNA ROMA
Em: 06/03/2018 08:35:08

Paciente	ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA			Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
				1064678	24/02/2018 17:10:07	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário		
13/01/1978		Masculino	700106923795919	107339		
Tipo de Internação	Convênio			Plantão		
	SUS			DIURNO		

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DE LUNA ROMA - 06/03/2018 08:35:02)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

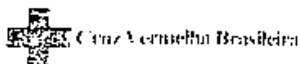
#luxação traumática do joelho esq. + trombose de artéria poplítea (trombectomia feita dia 24/02/2018)
paciente com boa perfusão distal do mie. fasciotomia medial da perna direita com bom aspecto. Paciente evolui sem
queixas. Diurese e dejeções preservadas. Relatado pela enfermagem que paciente abandonou tratamento de
tuberculose.
conduta: mantida
aguardo rxm de joelho esquerdo

Seção: POSTO IB - ENF 12 Leito: 009 ORTOPEdia
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

Número Conselho: 10075

Dr Bruno de Luna Roma
MEDICO
CRM-PB 10075





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNPJ: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: BRUNO DE
LUNA ROMA
Em: 05/03/2018 06:56:26

Paciente ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA	Boletim de Atendimento 1054878	Data/Hora Entrada 24/02/2018 17:10:07	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/01/1978	Idade	Sexo Masculino	CNS 700106923795919
Tempo de Internação	Convênio SUS	Plantão NOTURNO	Prontuário 107339

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DE LUNA ROMA - 05/03/2018 06:56:20)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

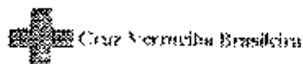
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#luxação traumática do joelho esq. + trombose de artéria poplítea (trombectomia feita dia 24/02/2018)
paciente com boa perfusão distal do mie. fasciotomia medial da perna direita com bom aspecto. Paciente evolui sem
queixas. Diurese e dejeções preservadas. Relatado pela enfermagem que paciente abandonou tratamento de
tuberculose.
conduta: parecer da clínica médica.

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: 0004 - ORTOPEdia
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

Nota: Conselho: 10075
MARCIO
CRM-PB 10075





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNPJ: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: BRUNO DE
LUNA ROMA
Em: 04/03/2018 07:07:10

Paciente ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA	Boletim de Atendimento 1064678	Data/Hora Entrada 24/02/2018 17:10:07	Data/Hora Saida
Data de nascimento 13/01/1978	Idade	Sexo Masculino	CNS 700106923795919
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107339	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (BRUNO DE LUNA ROMA - 04/03/2018 07:07:05)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

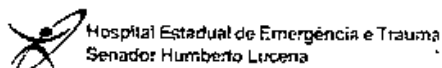
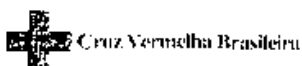
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#luxação traumática do joelho esq. + trombose de artéria poplitea (trombectomia feita dia 24/02/2018)
paciente com boa perfusão distal do mie. fasciotomia medial da perna direita com bom aspecto. Paciente evolui sem
queixas. Diurese e dejeções preservadas.
conduta: mantida.

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

Número Conselho: 10075
Dr. Bruno de Luna Roma
MÉDICO
CRM-PB 10075





INTERNO, SIN -
CNES: 454547 - Tel.:

Impresso por: PEDRO
HENRIQUE GUTIERREZ
VARGAS FREITAS
Em: 03/03/2018 06:56:58

Paciente ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA	Boletim de Atendimento 1064878	Data/Hora Entrada 24/02/2018 17:10:07	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/01/1978	Idade	Sexo Masculino	CNS 700106923795919
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107339	Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS - 03/03/2018 06:56:51)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#luxação traumática do joelho esq. + trombose de artéria poplítea (trombectomia feita dia 24/02/2018)
paciente com boa perfusão distal do mie, fasciotomia medial da perna direita com bom aspecto.
conduta: mantida.

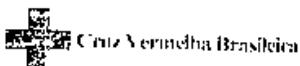
Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9007

Profissional responsável pela informação: PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS

Número Conselho: 10575

18/03/18





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: ALDENIO
AMORIM DE LIMA
Em: 02/03/2018 10:24:22

Paciente	ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA		Bolém de Atendimento	1064878	Data/Hora Entrada	24/02/2018 17:10:07	Data/Hora Saída
Data de nascimento	13/01/1978	Idade	Sexo	Masculino	CNS	700106923795919	Prontuário
Tempo de Internação			Convênio	SUS			Plantão
							DIURNO

EVOLUÇÃO MÉDICA (ALDENIO AMORIM DE LIMA - 02/03/2018 10:24:01)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#LUXAÇÃO TRAUMÁTICA DO JOELHO ESQ. + TROMBOSE DE ARTÉRIA POPLÍTEA (TROMBECTOMIA FEITA DIA 24/02/2018)

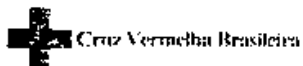
PACIENTE COM BOA PERFUSÃO DISTAL DO MIE. FASCIOTOMIA MEDIAL DA PERNA DIREITA COM BOM ASPECTO.

CONDUTA: MANTIDA.

Seção: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9007
Profissional responsável pela Informação: ALDENIO AMORIM DE LIMA

Número Conselho: 5815





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNPJ: 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: MANOEL
RICARDO SENA NOGUEIRA
Em: 28/02/2018 09:31:31

Paciente ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA	Boletim de Atendimento 1064878	Data/Hora Entrada 24/02/2018 17:10:07	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/01/1978	Idade	Sexo Masculino	CNS 700106923795319
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107339	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (MANOEL RICARDO SENA NOGUEIRA - 28/02/2018 09:31:26)

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

4 DIH

LUXAÇÃO DE JOELHO - FIXADOR EXTERNO

FASCIOTOMIA sem sinais inflamatórios

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL. MI COM BOA PERFUSAO. PORÉM NAO PALPEI PULSOS DISTAIS NO MIE

CURATIVO DIARIO

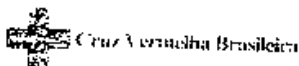
SOLICITO ECODOPPLER ARTERIAL

26/04
Seção: BLOCO - URPA ENF Leito: LEITO URPA - 9007
Profissional responsável pela Informação: MANOEL RICARDO SENA NOGUEIRA

Número Conselho: 5013

6





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

URPA, S/N - NDA
CNES: 1256678 - Tel.:

Impresso por: ALISSON
FABIO FERNANDES VIEIRA
Em: 25/02/2018 10:06:14

Paciente ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA	Boletim de Atendimento 1064878	Data/Hora Entrada 24/02/2018 17:10:07	Data/Hora Saída
Data de nascimento 13/01/1978	Idade	Sexo Masculino	CNS 700106923795919
Tempo de Internação	Convênio SUS	Prontuário 107339	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA (ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA - 25/02/2018 10:06:09)

EVOLUÇÃO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

LUXAÇÃO DO JOELHO ESQ 1 DPO

FO LIMPA

RX OK

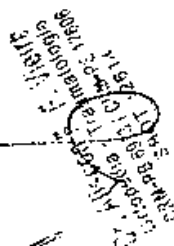
~~BOA PERFORMA~~

U. da Emergência vascular 10 DPO Trombose arterial

Local: BLOCO - URPA ENF 41 Leito: LEITO URPA - 9007

Profissional responsável pela informação: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Número Conselho: 6913

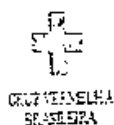


*25/02/2018 H. Leito. Vascular
= 10 DPO - Embolia de artéria
poplitea esquerda + fístula
medial.*

*Paciente evoluindo bem do
com boa função motora do
pé E, com pulso tibial posterior no
pé E pouco diminuído (Doppler mostra
fluxo perfusivo) e com retorno de pte
motorizada de 100%.
Conduta: Manter anticoagulação
plasma e aquecer o P.E.*

0.5:8080/cvb/pages/atendimento.do?peForm=imp/mir&controle=2&id=379292&dataInicial=25/02/2018%2010:06:09&dataFinal=26





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Antonio Marcos dos Santos Batista BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: /
Clínica/Setor: Plástica - ZITA EMP: _____ LK: _____
Cirurgia: Exerção dermoepidérmica
Cirurgião: Saulo Montenegro 1º Assistente: _____
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Heitor
Tipo de Anestesia: Raqui Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Alta com conta para E</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Exerção dermoepidérmica</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Saulo S. Montenegro
Cirurgia Plástica
CRM: 1909

João Pessoa, 13/03/18

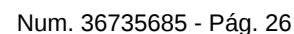
F(NG).ASCIR.009-1



۱۰۰



1000



PRONTUÁRIO: 40 632-



RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA** BE/PRONTUÁRIO: **1. 878**
IDADE: **38** SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: **24/2/2018**
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: LR:
CIRURGIA: **FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO ESQUERDO**
CIRURGIÃO: **DR ROBERTO SANTOS** 1º ASS: **DR BRICIO KELTON**
2º ASS: **DR MATHEUS MR 1** 3º ASS:
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:
TIPO DE ANESTESIA: HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
LUXAÇÃO ANTERIOR DE JOELHO ESQUERDO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
REDUÇÃO INCRUENTA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO ESQ	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: **24/2/2018**

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<i>Decubito dorsal</i>
Incisão:	
Achados:	<i>Área eruenta para E</i>
Conduta:	- Preparo da área receptora - Retirada do enxerto - Aplicação do enxerto - Curativo
Pechamento:	
Observação:	

Médico/CRM: *Santo S. Montenegro*
Santo S. Montenegro
 Cirurgia Plástica
 CRM: 1909

João Pessoa, 13/03/18

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

CRISTIANE VIANA PRACEDERA	HEITORAL
DESCRÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA	
ANTIBIOTICOPROFILAXIA	
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS	
Incisão:	
2 INCISÕES EM FACE LATERAL DE COXA ESQUERDA E 2 EM FACE ANTERIOR DE PERNA ESQUERDA	
Achados:	
Condução:	
REDUÇÃO INCRUENTA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR DE JOELHO ESQ SOB AUXILIO	
DE ESCÓPIA	
CURATIVOS	
RX DE CONTROLE	
Fechamento:	
Observação:	
PACIENTE SERÁ ABORDADO PELA CIRURGIA VASCULAR POR RISCO DE LESÃO ARTERIAL/VENOSA	

Médico/CRM:

João Pessoa,

24/2/2018





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Antonio Márcio de Sant. Bels 1^o BE/Prontuário: 15
Idade: 40 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: Data: 24/02/18
Clínica/Setor: Venous/Vagina EMP: LR:
Cirurgia: Curetagem de et. poplitea + fasciotomia
Cirurgião: Franklyn de 1^o Assistente: Marcos Barbosa
2^o Assistente: 3^o Assistente:
Instrumentador: Anestesista:
Tipo de Anestesia: Rapui Horário: Início Término

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão (Trombose) de artéria poplitea</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Curetagem de artéria poplitea + fasciotomia medial</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (☒) Não. Descrição:

Biopsia de Congelação: () Sim (☒) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

(Assinatura)
João Pessoa

João Pessoa

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

Nome do Paciente: Antônio Marcio dos Santos Batista
Idade: 40 **Sexo:** M
Endereço: Rua de Leopoldo Mermonta - Fátima - Curitiba - PR
Profissão: Dr. Roberto Santos + (R2) Dr. Mateus + Dr. Flávia
Assistência: Dr. Marcos Simões + Dr. Ruy Sa (as)
Data: 24/02/18 **Horário:** 20h30 **Cirurgião:** Antônio

QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO	UNIDADE
1	FLUIDO F500 ML	F	1	JELCO Nº8	
1	JELCO Nº8		1	JELCO Nº22	
1	JELCO Nº22		1	JELCO Nº24	
1	KIT SIST. OREN TORÁXICA Nº		1	LÂMINA BISTURI Nº11	
1	LÂMINA BISTURI Nº11		1	LÂMINA BISTURI Nº12	
1	LÂMINA BISTURI Nº12		1	LÂMINA BISTURI Nº13	
1	LÂMINA BISTURI Nº13		1	LÂMINA BISTURI Nº14	
1	LÂMINA BISTURI Nº14		1	LÂMINA DE DERMATOIDE	
1	LÂMINA DE DERMATOIDE		1	LÂMINA DE ENXERTO	
1	LÂMINA DE ENXERTO		1	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	
1	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		1	LUVA ESTÉRIL Nº70	
1	LUVA ESTÉRIL Nº70		1	LUVA ESTÉRIL Nº75	
1	LUVA ESTÉRIL Nº75		1	LUVA ESTÉRIL Nº80	
1	LUVA ESTÉRIL Nº80		1	LUVA ESTÉRIL Nº85	
1	LUVA ESTÉRIL Nº85		1	MÁSCARA CIRÚRGICA	
1	MÁSCARA CIRÚRGICA		1	GUANTE Nº1	
1	GUANTE Nº1		1	GUANTE Nº2	
1	GUANTE Nº2		1	GUANTE Nº3	
1	GUANTE Nº3		1	GUANTE Nº4	
1	GUANTE Nº4		1	GUANTE Nº5	
1	GUANTE Nº5		1	GUANTE Nº6	
1	GUANTE Nº6		1	GUANTE Nº7	
1	GUANTE Nº7		1	GUANTE Nº8	
1	GUANTE Nº8		1	GUANTE Nº9	
1	GUANTE Nº9		1	GUANTE Nº10	
1	GUANTE Nº10		1	GUANTE Nº11	
1	GUANTE Nº11		1	GUANTE Nº12	
1	GUANTE Nº12		1	GUANTE Nº13	
1	GUANTE Nº13		1	GUANTE Nº14	
1	GUANTE Nº14		1	GUANTE Nº15	
1	GUANTE Nº15		1	GUANTE Nº16	
1	GUANTE Nº16		1	GUANTE Nº17	
1	GUANTE Nº17		1	GUANTE Nº18	
1	GUANTE Nº18		1	GUANTE Nº19	
1	GUANTE Nº19		1	GUANTE Nº20	
1	GUANTE Nº20		1	GUANTE Nº21	
1	GUANTE Nº21		1	GUANTE Nº22	
1	GUANTE Nº22		1	GUANTE Nº23	
1	GUANTE Nº23		1	GUANTE Nº24	
1	GUANTE Nº24		1	GUANTE Nº25	
1	GUANTE Nº25		1	GUANTE Nº26	
1	GUANTE Nº26		1	GUANTE Nº27	
1	GUANTE Nº27		1	GUANTE Nº28	
1	GUANTE Nº28		1	GUANTE Nº29	
1	GUANTE Nº29		1	GUANTE Nº30	
1	GUANTE Nº30		1	GUANTE Nº31	
1	GUANTE Nº31		1	GUANTE Nº32	
1	GUANTE Nº32		1	GUANTE Nº33	
1	GUANTE Nº33		1	GUANTE Nº34	
1	GUANTE Nº34		1	GUANTE Nº35	
1	GUANTE Nº35		1	GUANTE Nº36	
1	GUANTE Nº36		1	GUANTE Nº37	
1	GUANTE Nº37		1	GUANTE Nº38	
1	GUANTE Nº38		1	GUANTE Nº39	
1	GUANTE Nº39		1	GUANTE Nº40	
1	GUANTE Nº40		1	GUANTE Nº41	
1	GUANTE Nº41		1	GUANTE Nº42	
1	GUANTE Nº42		1	GUANTE Nº43	
1	GUANTE Nº43		1	GUANTE Nº44	
1	GUANTE Nº44		1	GUANTE Nº45	
1	GUANTE Nº45		1	GUANTE Nº46	
1	GUANTE Nº46		1	GUANTE Nº47	
1	GUANTE Nº47		1	GUANTE Nº48	
1	GUANTE Nº48		1	GUANTE Nº49	
1	GUANTE Nº49		1	GUANTE Nº50	
1	GUANTE Nº50		1	GUANTE Nº51	
1	GUANTE Nº51		1	GUANTE Nº52	
1	GUANTE Nº52		1	GUANTE Nº53	
1	GUANTE Nº53		1	GUANTE Nº54	
1	GUANTE Nº54		1	GUANTE Nº55	
1	GUANTE Nº55		1	GUANTE Nº56	
1	GUANTE Nº56		1	GUANTE Nº57	
1	GUANTE Nº57		1	GUANTE Nº58	
1	GUANTE Nº58		1	GUANTE Nº59	
1	GUANTE Nº59		1	GUANTE Nº60	
1	GUANTE Nº60		1	GUANTE Nº61	
1	GUANTE Nº61		1	GUANTE Nº62	
1	GUANTE Nº62		1	GUANTE Nº63	
1	GUANTE Nº63		1	GUANTE Nº64	
1	GUANTE Nº64		1	GUANTE Nº65	
1	GUANTE Nº65		1	GUANTE Nº66	
1	GUANTE Nº66		1	GUANTE Nº67	
1	GUANTE Nº67		1	GUANTE Nº68	
1	GUANTE Nº68		1	GUANTE Nº69	
1	GUANTE Nº69		1	GUANTE Nº70	
1	GUANTE Nº70		1	GUANTE Nº71	
1	GUANTE Nº71		1	GUANTE Nº72	
1	GUANTE Nº72		1	GUANTE Nº73	
1	GUANTE Nº73		1	GUANTE Nº74	
1	GUANTE Nº74		1	GUANTE Nº75	
1	GUANTE Nº75		1	GUANTE Nº76	
1	GUANTE Nº76		1	GUANTE Nº77	
1	GUANTE Nº77		1	GUANTE Nº78	
1	GUANTE Nº78		1	GUANTE Nº79	
1	GUANTE Nº79		1	GUANTE Nº80	
1	GUANTE Nº80		1	GUANTE Nº81	
1	GUANTE Nº81		1	GUANTE Nº82	
1	GUANTE Nº82		1	GUANTE Nº83	
1	GUANTE Nº83		1	GUANTE Nº84	
1	GUANTE Nº84		1	GUANTE Nº85	
1	GUANTE Nº85		1	GUANTE Nº86	
1	GUANTE Nº86		1	GUANTE Nº87	
1	GUANTE Nº87		1	GUANTE Nº88	
1	GUANTE Nº88		1	GUANTE Nº89	
1	GUANTE Nº89		1	GUANTE Nº90	
1	GUANTE Nº90		1	GUANTE Nº91	
1	GUANTE Nº91		1	GUANTE Nº92	
1	GUANTE Nº92		1	GUANTE Nº93	
1	GUANTE Nº93		1	GUANTE Nº94	
1	GUANTE Nº94		1	GUANTE Nº95	
1	GUANTE Nº95		1	GUANTE Nº96	
1	GUANTE Nº96		1	GUANTE Nº97	
1	GUANTE Nº97		1	GUANTE Nº98	
1	GUANTE Nº98		1	GUANTE Nº99	
1	GUANTE Nº99		1	GUANTE Nº100	

carteira profissional (E)

Lote: 090266 Código: F08 2 209
 SISTEMA DE FIDUAÇÃO ÓSSEA SARTORI - INSPER
 FEMUR 7.350 - ESTERIL
 Fabrica: 26/09/2017 Val: 09/2022
 Registro ANVISA Nº: 80863650037
 Material: Aço Inox / Alumínio

Lote: 090133 Código: AF35 5 490
 ENDOTRAQUEAL 40/50/60/70 X 0.5 X 200 X 1
 Fabrica: 21/09/2017 Val: 09/2022
 Registro ANVISA Nº: 80863650026
 Material: Aço Inox F138

Lote: 090133 Código: AF35 5 490
 ENDOTRAQUEAL 40/50/60/70 X 0.5 X 200 X 1
 Fabrica: 21/09/2017 Val: 09/2022
 Registro ANVISA Nº: 80863650026
 Material: Aço Inox F138



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 24 102 18

PRONTUÁRIO:

[illegible]



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Marcelo Moura BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Remoção de F.E.
Cirurgião: Dr. S. S. S. 1º Assistente: Dr. R. B. B.
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>h+e, 5 folhos</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Remoção de F.E.</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, ____/____/____

F(NG).ASCIR.009.1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



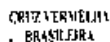
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	D.D + Riqui Anestesia + antiseptico
Incisão:	Medial no terço proximal da perna esquerda Dessecção das veias poplíteas
Achados:	Trombose de artéria poplíteia Ausência de lesões venosas
Conduta:	Embolização da art. poplíteia esquerda com Fogarty 4F e sutura de túnel de acesso recente Flexão forçada da art. fémur posterior Anticoagulação / Riqui 3-0 Exatoma medial
Fechamento:	Hemostase Curativo
Observação:	

João Pessoa, 22, 02 13

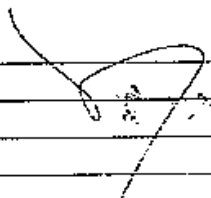
Médico/CRM: _____

F(NG).ASC(R.009-1





HEFTEN

	DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	1) Paciente em DD 2) Anestesia + antiseptico
Incisão:	3) W-zebra da F. mediana direita 4) o S.M.
Achados:	
Conduta:	
Fechamento:	
Observação:	

João Pessoa,

Médico/CRM:

F(NG).ASCR.009-1





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

DADOS DE NASCIMENTO 13/01/78

NOME DA MÃE MARIA DOS SANTOS BATISTA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.064.878

Nº PRONTUÁRIO 107.339

DATA DO ATENDIMENTO 24/02/18

HORA DO ATENDIMENTO 17:10

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) LUXAÇÃO ANTERIOR DO JOELHO E + TROMBOSE DA ARTÉRIA POPLÍTEA E

CID 10 S 83.1 + I 74.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, em baixa velocidade, apresentando dor de forte intensidade na região do joelho E desde então. Relato de uso de pequena quantidade de álcool. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do joelho E - AP e P
Exames de Laboratório

TRATAMENTO:

Luxação anterior do joelho E ao RX. Trombose da artéria poplítea E. Realizado internamento e tratamento cirúrgico com redução incruenta pelo Dr. Roberto Santos e Dr. Brício Kelton no 1º tempo da equipe da Ortopedia; da lesão arterial pelo Dr. Frankly Andrade e Dr. Marcos Barbosa da equipe da Cirurgia Vascular no 2º tempo; da luxação pelo Dr. Sávio Bruno Barros e Dr. Roberto Correia no 3º tempo da equipe da Ortopedia e da lesão de pele pelo Dr. Saulo Montenegro no 4º tempo da equipe da Cirurgia Plástica. Paciente solicitou alta hospitalar em 28/03/2018.

ALTA HOSPITALAR: 28/03/18

DATA DA EMISSÃO: 27/06/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO EM TRETSH
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



DUT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013176402677

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1 010747079 00/00000000

ALYCON DA SILVA ALBUQUERQUE
 RUA RITA DE CÁSSIA S/Nº 22
 MANGABEIRA
 58059190 JOÃO PESSOA - PB

01/07/2017 05/06/2018

0506241/PB

1MXCBL04E0530372

PAS/CR/CHOTO/NAO: ABIC

MARCA/MODELO L/CHINERAY XY-60 PHOENIX

2-1/49 103

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DE: SUELIO MOREIRA TORRES

Nº MOTOR 12221

DATA 12/06/2017

309670

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.
 RECEBI 17 SET 2018
 Nome:



318038552,
ANTONIO MARCO DOS SANTOS BATISTA
308.964.434-00.



DUT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB	Nº 013176402677
46615968606	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO	
20110000198474-2	
1	01074747474
00/000000000	
ALDO MARILIA M. DE S. SILVA	
RUA LUIZ GOMES DE OLIVEIRA, 111	
CASA 100 JARDIM PRAIA - PE	
01/10/2011	01/10/2011
NORMAL ANTERIOR	
LACRANTE	
DETRAN - PB	12/06/2011
Posto Roberto de Sá Araújo	GASOLINA
MARCA MODELO	ANDAR - ANO / MÊS
1/2011	2011 / 2011
CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2.000	VERMELHA
OBSERVAÇÕES	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO	
NÚMERO: 12345678901234567890	
DATA	DATA
12/06/2011	12/06/2011



AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$: _____

NOME DO COMPRADOR: _____

RG: _____ CPF/CNPJ: _____

ENDEREÇO: _____

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR): _____

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas a seus mandantes até a data de comunicação (Lei Federal nº 8.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).

c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: _____ ASSINATURA DO COMPRADOR _____

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)
 CONFORME ART. 368 C.P.C.



DUT



FABRIL		ANO FAD	ANO MOD
FABRIL PHOENIX		2013	2014
CATEGORIA	FONTE DOMINANTE		
PARTIC	VERMELHA		
VEN. LOTA	VEN. LOTA		
PAGO EM	PAGO EM		
CURVA	CURVA		
SE	SE		
RESERVA DE	RESERVA DE		
PESSOA	PESSOA		

COMPRADO E PRECATORIA

29 NOV 2013

Nome:

21/11/2018 06:46



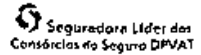


<https://mail.yahoo.com/neo/launch?src=ym&reason=unsuf>

Impressão



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0304658/18
Vítima: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
CPF: 708.964.434-00
Data do Acidente: 24/02/2018
CPF de: Próprio Titular do CPF: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
DUT
Outros



ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA : 708.964.434-00

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 06/08/2018
Nome: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
CPF/CNPJ: 708.964.434-00

Data do cadastramento: 20/08/2018
Nome: Nathalla Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

Nathalla Beatriz Braga Costa





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
DATA DO ACIDENTE 21.02.18 CPF DA VÍTIMA 708.964.434-00
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 2.229.983
VÍTIMA E ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
ENDEREÇO DO PORTADOR R. ANTONIO ARNESTINO
Nº 96 COMPLEMENTO BARRO MANGABEIRA
CIDADE SALES PESSOA UF PB CEP 58073-131
E-MAIL TELEFONE 83.98801-0051

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CERTIDÃO DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTERA 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 AITA 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 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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
☐ 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 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA 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

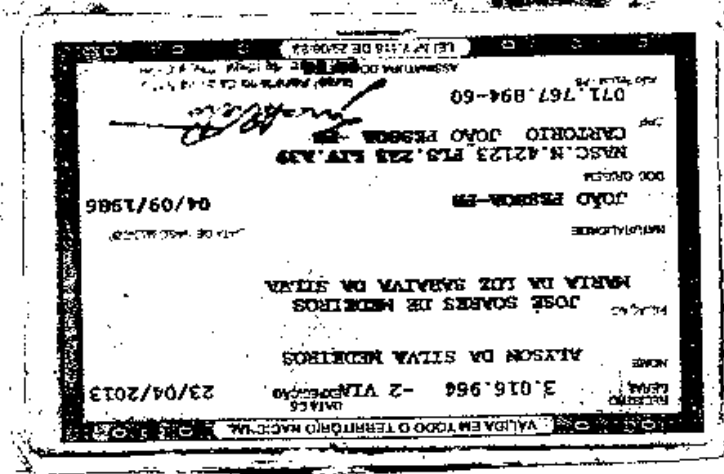
INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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 6.394/74.
• 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 0300 0300 0211 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01.08.18
IDENTIDADE 2.229.983
ASSINATURA Antonio M. Batista

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA 01.08.18
NOME Roberto Ribeiro de Carvalho
ASSINATURA Roberto Ribeiro de Carvalho



De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocola em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora LIDER, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora LIDER except where provided for in a written agreement between you and Seguradora LIDER. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Frões

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

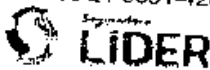
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Frões
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4266



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP: 20011-904



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0304658/18

Número do Sinistro: 3180385552

Vítima: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA/

CPF: 708.964.434-00

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/02/2018

Titular do CPF: ANTONIO MARCIO DOS
SANTOS BATISTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

DUT

Outros

Outros



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 cancela 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: 20/09/2018
Nome: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
CPF: 708.964.434-00

ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

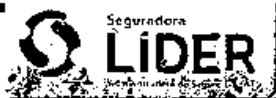
Data do cadastramento: 20/09/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort



17/09/2018

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



(1)

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-Atendimento) ▾ CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a entrega da documentação completa. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180385552 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

CPF/CNPJ: 70896443400

Posição em 17-09-2018 10:45:08

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada para a indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
DUT	Vítima	Não Conforme	

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/08/2018	Exigência Documental	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/y4__snUfg1kxIwISSmVVC2api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q3eFIIfyeUOXUNh6FbTCpM4=
28/08/2018	Aviso de Sinistro	https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/eUsGR7f7MjxsblIqXPs3WA=api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q3eFIIfyeUOXUNh6FbTCpM4=

ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A O

juradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=70896443400&sinistroConsultaPedido=3... 1/2

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 12:01:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111712010776500000035064824>
Número do documento: 20111712010776500000035064824

Num. 36735685 - Pág. 50

Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
Nº Sinistro: 3180385552
Vítima: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
Data do Acidente: 24/02/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número 3180385552, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

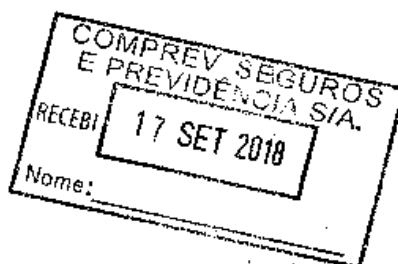
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Carta nº 13291537



DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS

Daniela Fidelis

seg 17/09/2018 11:19

Para: Amandha Tavares <amandha.tavares@seguradoralider.com.br>; Luiz Domingos <luiz.domingos@seguradoralider.com.br>;
<luiz.domingos@seguradoralider.com.br>; alessandra.magalhaes@seguradoralider.com.br
<alessandra.magalhaes@seguradoralider.com.br>;

Cc: Cássia Cristina <inspetoriadpvat@comprev.com.br>;

(0800)

Prezados,

Segue abaixo a relação de documentos que não constam em nossos sistemas, foram recebidos pela Comprev, que pertencem a outra Seguradora.

3180210706 REGIVALDO MACEDO DOS SANTOS – Carta da vítima, procuração por instrumento público, declaração de ausência do IML, informativo Lei Nº 16.278. Receptora: Não identificado no site da Seguradora Líder. Processo não localizado em nossos sistemas.

3180385552 ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA – DUT e carta de pendência da Seguradora Líder. Receptora: SEGURADORA LÍDER DPVAT – OPERAÇÃO CORREIOS. Processo não localizado em nossos sistemas.

Informo que a documentação mencionada acima será encaminhada pelo nosso portador.

Favor acusar recebimento.

Atenciosamente,



Daniela Fidelis

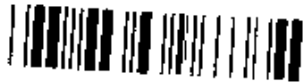
DPVAT

Tel.: (21) 2505-2090 Fax: (21) 2505-2070

djvat@comprev.com.br

SEGURADORA LÍDER DPVAT 17-SET-2018 09:43 633388 1/1





Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2018

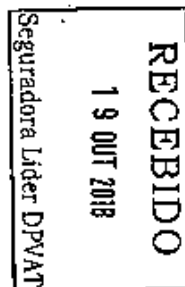
Aos Cuidados de: **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**
Nº Sinistro: **3180385552**
Vítima: **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**
Data do Acidente: **24/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180385552**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT ilegível



A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13291537

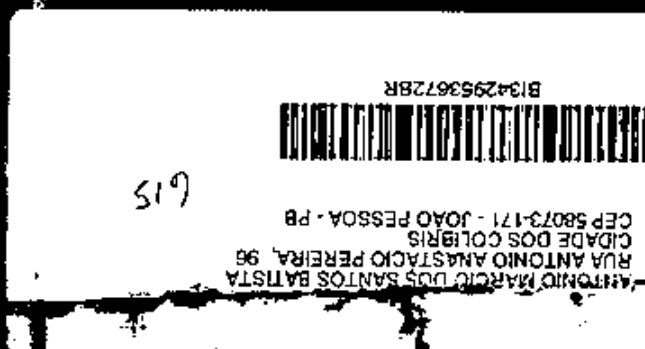


DPVAT- Como Requerer

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Saiba + www.seguradoralider.com.br



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ANTÔNIO MARCO DOS SANTOS BATISTA
DATA DO ACIDENTE 01.01.18 CPF DA VÍTIMA 308.964.434-00
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR DA VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
A VÍTIMA É ANTÔNIO MARCO DOS SANTOS BATISTA
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA ANTONIO AUGUSTO FELIX, 96
Nº 96 COMPLEMENTO _____ BAIRRO MANGABEIRA
CIDADE JOÃO PESSOA UF PP CEP 58073171
E-MAIL ARUBENSFILHO@yaho.com TELEFONE 83.9-8801-0051

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓFISAS 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 RECÍPITO 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADORTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 023 1204

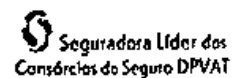
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 15.10.18
IDENTIDADE 2.232.983
ASSINATURA Suelio Moreira Torres

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0304658/18

Número do Sinistro: 3180385552

Vítima: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA/

CPF: 708.964.434-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/02/2018

Titular do CPF: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

DUT

Outros

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 cancela 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: 23/10/2018
Nome: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
CPF: 708.964.434-00

ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2018
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0304658/18

Número do Sinistro: 3180385552

Vítima: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

CPF: 708.964.434-00

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/02/2018

Titular do CPF: ANTONIO MARCIO DOS
SANTOS BATISTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

DUT

Outros

Outros



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: 07/12/2018
Nome: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
CPF: 708.964.434-00

ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/12/2018
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



SINISTRO 3180385552 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA**
LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS**BENEFICIÁRIO** ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**CPF/CNPJ:** 70896443400**Posição em 21-11-2018 12:28:56**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
DUT	Vítima	Não Conforme	

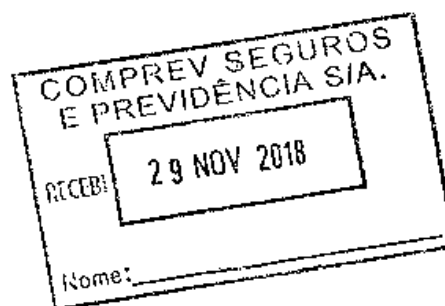
RECEBIDO

03 DEZ 2018

Seguradora Líder DPVAT



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO			
		OET6241	
2017			
*****		Imprimir Consulta	
OET6241		Último Licenciamento: 2017	
		Proprietário: *****	
		Placa: OET6241	
		Combustível: GASOLINA	
PASSA / CICLOMOTOR		Marca/Modelo: I/SHINERAY XY50Q	
GASOLINA		PHOENIX	
I/SHINERAY XY50Q		Espécie/Tipo: PASSA / CICLOMOTOR	
PHOENIX		Ano de Fabricação: 2013	
		Ano Modelo: 2014	
2013 2014		Categoria: PARTICULAR	
PARTICULAR VERMELHA		Cor Predominante: VERMELHA	
28/03/2018		Vencimento Licenciamento: 28/03/2018	
		Observação:	
		Restrição:	
		Financeira:	
JOAO PESSOA		Município: JOAO PESSOA	
		Situação: EM CIRCULACAO	
		Data da Consulta: 20/11/2018	



20/11/2018 11:06



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0304658/18

Número do Sinistro: 3180385552

Vítima: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

CPF: 708.964.434-00

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/02/2018

Titular do CPF: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

DUT

Outros

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: 07/12/2018
Nome: ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA
CPF: 708.964.434-00

ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/12/2018
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08051740720198152003

BRADESCO SEGUROS S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANTONIO MARCIO DOS SANTOS BATISTA**, 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:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

O sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

COM ISSO, FORAM APURADAS AS SEGUINTE LESÕES:

Segmento Anatômico	Marque aqui o percentual			
1ª Lesão				
<u>PERNA ESQUERDA</u>	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☒ 50% Média	☐ 75% Intensa
2ª Lesão				
<u>JOELHO ESQUERDO</u>	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☒ 50% Média	☐ 75% Intensa



EXA., EM QUE PESE AS INDICAÇÕES DE LESÕES PERMANENTES INDICADAS NO LAUDO PERICIAL, EM RELAÇÃO **À 1ª LESÃO “PERNA ESQUERDA” E À 2ª LESÃO “ JOELHO ESQUERDO”**, CABE OBSERVAR QUE NÃO FOI ATENDIDA NA ÍNTEGRA A TABELA DE GRADUAÇÃO PREVISTA NA LEI.

EXA., VEJA QUE O I. *EXPERT* GRADUA 2 (DUAS) VEZES O MESMO MEMBRO, POIS AMBAS AS LESÕES (1ª E 2ª LESÃO) COMPÕEM O MESMO SEGUIMENTO DO CORPO PREVISTO EM LEI, MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, OCASIONANDO ASSIM *BIS IN IDEM*, QUE CONSISTE NA REPETIÇÃO (BIS) DA GRADUAÇÃO DE 2 (DUAS) OU MAIS LESÕES SOBRE O MESMO MEMBRO.

Desta forma Exa., podemos observar que a 1ª LESÃO E A 2ª LESÃO correspondem juntas, lesão ao **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**, e que seus desmembramentos, irão ocasionar assim *bis in idem*, que consiste na repetição (bis) da graduação de 2 (duas) ou mais lesões sobre o mesmo **MEMBRO INFERIOR ESQUERDO**.

Neste mesmo passo Exa., VALE ESCLARECER QUE HÁ PREVISÃO ESPECÍFICA NA TABELA, QUANDO HÁ LESÕES RELACIONADAS AO MEMBRO INFERIOR, VEJAMOS:

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					

PORTANTO, DEVE SER OBSERVADO O DEVIDO ENQUADRAMENTO, CONFORME O SEGUIMENTO DO CORPO ACOMETIDO PELA INVALIDEZ PERMANENTE, DE MODO QUE PERITO DEVE FAZER A RELAÇÃO, TABELA-SEGUIMENTO CORPORAL, INDICANDO O ENQUADRAMENTO CONFORME PREVISTO, DE ACORDO COM A LESÃO APURADA, E QUE NÃO HÁ POSSIBILIDADE PORTANTO DE GRADUAÇÕES DIVERSAS DE UM MESMO MEMBRO!

Dessa forma, totalmente divergente a conclusão do perito judicial, cujo laudo a Ré impugna totalmente devendo ser acolhido o laudo administrativo que se traz a demanda.

CONCLUSÃO

DIANTE DISSO, REQUER QUE SEJA INTIMADO O PERITO PARA QUE REFAÇA O LAUDO PERICIAL COM AS GRADUAÇÕES CORRESPONDENTES AO SEGUIMENTO ACOMETIDO, OU ALTERNATIVAMENTE, QUE ESTE JUÍZO PROCEDA COM A APLICAÇÃO DA TABELA, DE ACORDO COM O ENQUADRAMENTO DA TABELA CONFORME QUADRO ACIMA.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 13 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

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



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 - 17/11/2020 12:01:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111712010853100000035065075>
Número do documento: 20111712010853100000035065075

Num. 36735686 - Pág. 3