



08/09/2020

Número: **0809960-94.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **30/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES (AUTOR)	RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO) FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO) RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34066 690	08/09/2020 16:16	Petição	Petição
34066 691	08/09/2020 16:16	2695565_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_03	Outros Documentos
34066 692	08/09/2020 16:16	2695565_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
34066 695	08/09/2020 16:16	2695565_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	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, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589490

Vítima: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

Data do Acidente: 06/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

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 14986581





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 Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190589490

Vítima: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

Data do Acidente: 06/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000000372

Conta: 0000033380-7

Tipo: CONTA CORRENTE

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





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: 0362392/39	CPF da vítima: 086.993.857-05	Nome completo da vítima: Leandro Felipe de Oliveira Pires
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Leandro Felipe de Oliveira Pires		CPF: 086.993.857-05
Profissão: Recuso	Endereço: Rua Ronaldo Alves Toledo	Número: 140
Complemento: Casa	Bairro: Mangal/Itaú	Cidade: João Pessoa
Estado: PB	CEP: 58055-033	Tel.(DDD): (83) 98708-8728

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

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

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: ITAU	
AGÊNCIA: 0372	CONTA: 33380
(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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: <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: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <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: João Pessoa, 17/10/2019
	Nome: Leandro Felipe de Oliveira Pires
	CPF: 086.993.857-05
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

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.





Corrente





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11382.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11382.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:57 horas do dia 01 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Leandro Felipe de Oliveira Pires**, CPF nº 086.991.854-05, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Fiscal, filho(a) de Rosaria de Oliveira Pires e Crivandir Militão Pires, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/02/1991 (28 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Ronaldo Alves Toledo, Nº 140, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Alvorecer Iii, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

Dados do(s) Fatos:

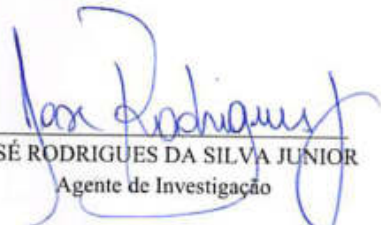
Local: Avenida Presidente Tancredo Neves, Martelinho de Ouro, João Pessoa/PB, bairro Bairro dos Ipês; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/05/19 13:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 06/05/2019, POR VOLTA DAS 13:50, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA YAMAHA LANDER DE COR PRETA, ANO 2019/20, PLACA QSB-4783/PB, CHASSI 9C6DG3320L0001140, REGISTRADA EM NOME DE ROSARIA DE OLIVEIRA MORAIS, NA AVENIDA PRESIDENTE TANCREDO NEVES, IPÊS, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEÍCULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO, QUE VINHA NA MESMA AVENIDA, PORÉM EM SENTIDO OPOSTO, VIROU A SUA FRENTE DE FORMA REPENTINA E COLIDIU NA MOTOCICLETA GUIADA POR ESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DIAFISÁRIA DE RADIO ESQUERDO, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 16/05/2019, CONFORME CERTIDÃO 1207/2019 EXPEDIDA PELA MÉDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 01 de outubro de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES
Noticiante

Procedimento Policial: 11382.01.2019.1.00.401



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: **0362192/19** CPF da vítima: **086.993.854-05** Nome completo da vítima: **Leandro Felipe de Oliveira Pires**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Leandro Felipe de Oliveira Pires** CPF: **086.993.854-05**

Profissão: **Recuse** Endereço: **Rua Ronaldo Alves Toledo** Número: **140** Complemento: **Casa**

Bairro: **Mangueira** Cidade: **Juazeiro** Estado: **PB** CEP: **58055-033**

E-mail: **(83) 98708-8728**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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: **ITAU**

AGÊNCIA: **0372** CONTA: **33380** **7**

(Informar o dígito se existir) (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: ☐ Sim ☐ Não 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: ☐ Sim ☐ Não 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, concordando, 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: **Juazeiro, 17/10/2019**

Nome: **Leandro Felipe de Oliveira Pires**

CPF: **086.993.854-05**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Leandro Felipe de Oliveira Pires

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

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.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 227150 Atd: Nao Re
Data: 06/05/2019
Hora: 14:46:17
Recepcionista: JUSSARA MANUELA B
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3527615 Fone: 988221847 Num. Prontuario: 2019.05.000675
Natural: JOAO PESSOA/PR Data Nasc.: 21/02/1991 Id: 28 ano(s)
End.: RUA PEDRO DE SENA, 36
Bairro: TREZE DE MAIO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ROSARIA DE OLIVEIRA PIRES Pai: CRIVANDIR MILITAO PIRES
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Ocupação: FISCAL DE LOJA Escolaridade:
Informações de Entrada
Resp.: A MAE

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD
Procedência: RUA

FATURADO

Transporte utilizado: CARONA

Causa de acidente por: COLISAO CARRO+MOTO (CONDUTOR) HA 01H
Vítima de violência por: *B.IPES-PROX.LOMBADA
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input checked="" type="checkbox"/> [X] Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> [] Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> [] Politraumatizado	<input type="checkbox"/> [] Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> [] Hemorragia	<input type="checkbox"/> [] Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> [] Diarreia	<input type="checkbox"/> [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> [] Regular	<input type="checkbox"/> [] Chocado
		<input type="checkbox"/> [] Vomito	

Queixa Principal

Observacao

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO REFERI NEGA TCE SIC
SIC E TRAUMA EM MSE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente refere ter sido vítima de colisão moto-carro, há 01 hora, queixando-se
dor em antebraço (E) e mão (E). Relata também dor em panturrilha (E) direito, perna
sem alterações medicamentosas.
Diagnóstico: Trauma contuso em antebraço (E).
Conduta: Solicito RX de antebraço (E) e mão,
Prescrevo analgesia.

Prescrição

Horario da medicacao

- 1) Dipirona 500mg/ml - 3x/dia O/FA+AD, EV.
- 2) Xilatil 20mg/ml - 3x/dia O/FA+AD, EV.

Atende cirurgia geral - Aoz e
dez da ortopedia
Dr. Pedro Eduardo de O. Carrazo
Residente Cirurgia Geral
CRM-PB 10782

Antes



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

06/05/13.

06/05/13.
 paziente portatore di fratture da
 osteoporosi)

col: Intermedes p/ convergência

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

[Handwritten signature]
Clínica Traumatología
081.07 64.97.27

Ordem	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residence

Ass: dec 27 3 09 PM 1984 Transfêrico

[] Desistencia

() UTI

1. *Chamaecrista* *radialis*

Enfermaria

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

[] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:	30/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00372

CONTA: 000000033380-7

Autenticação:

4A31271B1269221A3F0232B1025429F701D591FFF159EC3217AEB72517DEF18B



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simplificar pagamento da conta facilitando a energia elétrica. Nº 032.512.873



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.295.183 / 0001-48 Insc.Est. 16.215.823-0

DADOS DO CLIENTE

CONDOMÍNIO RESIDENCIAL ALVORECER III
RUA RONALDO ALVES TOLEDO 140
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1043795-2

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	14/10/2019	143	21/10/2019	R\$ 125,24

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 06987.836175 1 80490000012524				
Pagador: CONDOMÍNIO RESIDENCIAL ALVORECER III CNPJ/CPF: 14.511.890/0001-00				
RUA RONALDO ALVES TOLEDO 140 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440006987836	000000000201910	21/10/2019	R\$ 125,24	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



PREFEITURA DE JOAO PESSOA
COMPLEXO C. LUIZ MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
53056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 227150 Atd: Nao Re
Data: 06/05/2019
Hora: 14:46:17
Recepcionista: JUSSARA MANUELA B
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3527615 Fone: 988221847 Num. Prontuario: 2019.05.000675
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/02/1991 Id: 28 ano(s)
End.: RUA PEDRO DE SENA, 36
Bairro: TREZE DE MAIO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ROSARIA DE OLIVEIRA PIRES Pai: CRIVANDIR MILITAO PIRES

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: FISCAL DE LOJA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: A MAE

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

FATURADO

Transporte utilizado: CARONA

Causa de acidente por: COLISAO CARRO+MOTO (CONDUTOR) HA 01H

Violência por: BIPES-PROX. LOMBADA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input checked="" type="checkbox"/> (X) Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> [] Grave
EC:	TP:	<input type="checkbox"/> [] Politraumatizado	<input type="checkbox"/> [] Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> [] Hemorragia	<input type="checkbox"/> [] Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> [] Diarreia	<input type="checkbox"/> [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input checked="" type="checkbox"/> [] Regular	<input type="checkbox"/> [] Chocado
		<input type="checkbox"/> [] Vomito	

Queixa Principal Observacao

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO REFERI NEGA TCE SIC
SEM TRAUMA EM MSE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente refere ter sido vítima de colisão moto-carro, há 01 hora, deixando-se
danos em antebraço (E) e mãos (E). Relata também dor em panturrilha (E) direita, sem
lesões visíveis. Não apresenta medicações em uso.
Exame físico: Contusão em antebraço (E).
Conduta: Solicito Rx de antebraço (E) e mãos;
Prescrevo analgesia.

Prescrição

Horario da medicacao

- 1) Dipirona 500mg/ml - 3x ao dia (FA+AD), EV.
- 2) Xelatril 20mg/ml - 3x ao dia (FA+AD), EV.

Atendimento cirurgico geral - Ater e
des de ortopedia
Dr. Pedro Eduardo de O. Cantata
Residente Cirurgia Geral
CRM-PB 10732



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

06/05/19.

06/05/13.
Paciente portador de fratura do
osso da bacia.)

col: Intermed p/ energia

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

~~SECRET~~

Ordem	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
-------	--------------	------	---------	----------

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residência: [] Transferido [] Desistência [] UTI ;
Outra: pedido: [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



CERTIDÃO

Nº. 1207/2019

Atendendo solicitação de RENAN DE CARVALHO PAIVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº227150 e Prontuário Nº 2019.05.0675 pertencentes ao paciente **LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES** que foi atendido dia 06/0/2019 às 14h46min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura diafisaria de radio esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 16/05/2019, com alta médica dia 17/05/2019.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de julho de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITO: AL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO: AL. MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-334 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 227150 Atd: Nao Re
Data: 06/05/2019
Hora: 14:46:17
Recepcionista: JUSSARA MANUELA B
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3527615 Fone: 988221847 Num. Prontuario: 2019.05.000675
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/02/1991 Id: 28 ano(s)
End.: RUA PEDRO DE SENA, 36
Bairro: TREZE DE MAIO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: ROSARIA DE OLIVEIRA PIRES Pai: CRIVANDIR MILITAO PIRES

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: FISCAL DE LOJA

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: A MAE

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

FATURADO

Transporte utilizado: CARONA

Tempo de acidente por: COLISAO CARRO+MOTO (CONDUTOR) HA 01H

Tipologia de violência por: *B-IPES-PROX.LOMBADA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input checked="" type="checkbox"/> [X] Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> [] Grave
PC:	TP:	<input type="checkbox"/> [] Politraumatizado	<input type="checkbox"/> [] Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> [] Hemorragia	<input type="checkbox"/> [] Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> [] Diarreia	<input type="checkbox"/> [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> [] Regular	<input type="checkbox"/> [] Chocado
		<input type="checkbox"/> [] Vomito	

Queixa Principal

Observacao

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO REFERI NEGA TCE SIC
SEM TRAUMA EM MSE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente refere ter sido vítima de colisão moto-carro, há 01 hora, quedando-se
de dor em antebraço (E) e mão (E). Relata também dor em panturrilha (E) direito, sem
trauma, alergias medicamentosas.
Diagnóstico: Trauma contuso em antebraço (E).
Conduta: Solicito RX de antebraço (E) e mão (E).
Prescrevo analgesia.

Prescrição

Horario da medicacao

Atividade cirurgica geral: Ator e
des da ortopedia

1) Dipirona 500mg/ml - 1 comprimido (FA+AD), EV.

2) Sialtil 20mg/ml - 1 comprimido (FA+AD), EV.

Dr. Pedro Eduardo de O. Cortes
Residente Cirurgia Geral
CRM-PB 10782

Artic



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

06/05/18

06/05/13.
Paciente portadora di fratture di
vertebre)

col: Intermedes p/ energia

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

[Signature]

Qrde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1		1		1
2		1	1	1
3		1	1	1
4		1	1	1
5		1	1	1
6		1	1	1
7		1	1	1
8		1	1	1

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residence:

Residência: 304 transferido

☐ Desistencia

() UTI

[illegible]

~~Enfermaria~~

Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DDH sob anestesia
- 2) Prepia + antiseptia + saneamento
- 3) Exposição de campos cirúrgicos

Incisão: 1) Incisão em região plomal de antebraço

Achados: 2) físt. diafragma de rad 05

Conduta: 3) Realizado redução completa + fixação interna de físt. diafragma
rad 05 com 1 placa dup 3,5mm 18 furos + 6 parafusos
4) Lavagem com SF0,9% exaustiva.
5) Retiro de físt. operatória com físt. puturo.

Fechamento: 6) Lavativo ocular com gaze esteril
7) Prepia de barbiolo

OBS:

Data: 16/05/19

Dr. Tiago Soares, Ribeiro
Médico
CRM-PB 10933

MEDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabara II, João Pessoa - PB.



LAUDO MEDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES			PRONTUÁRIO N°	
IDADE 28a	SEXO MAS	COR	CLÍNICA	Ortopedia	ENF 16	LEITO: 158
DATA DE ADMISSÃO		06-05-2019		DATA DE ALTA	17/05/2019	
DIAGNÓSTICO INICIAL		Fratura diafisária de Rádio E			CID S52.3	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		O mesmo				
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES						
Rx de punho demonstrando solução de continuidade óssea de rádio E						
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INECÇÃO DE F.O.		() SIM		(X) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO				
CONDIÇÕES DE ALTA						
(X) MELHORADO	() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	()		
ÓBITO						

RESUMO CLÍNICO

(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura diafisária de Rádio E foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de fixação com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 16:16:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816163584500000032586651>
Número do documento: 20090816163584500000032586651

Num. 34066691 - Pág. 19



Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-917

ESTADO DA PARAÍBA

LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

3.527.515 -2 VIA

12/06/2018

FILIAÇÃO CRIVANDIR MILITÃO PIRES
ROSARIA DE OLIVEIRA PIRES

NASC.N. 64040 FLS.122 LIV.A-62
CARTORIO JOÃO PESSOA-PB

086.991.854-05

DATA DE NASCIMENTO 21/02/1991

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB

DOC ORIGEM

CPF

086.991.854-05

LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

LEI Nº 11.115 DE 29/08/2013

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 16:16:38

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-917

ESTADO DA PARAÍBA

LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

3.527.515 -2 VIA

12/06/2018

FILIAÇÃO CRIVANDIR MILITÃO PIRES
ROSARIA DE OLIVEIRA PIRES

NASC.N. 64040 FLS.122 LIV.A-62
CARTORIO JOÃO PESSOA-PB

086.991.854-05

DATA DE NASCIMENTO 21/02/1991

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB

DOC ORIGEM

CPF

086.991.854-05

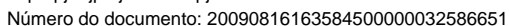
LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

LEI Nº 11.115 DE 29/08/2013

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 16:16:38



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADADES	
DETTRAN - PB		Nº 014630616701	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		DATA: 20190000110298-5	
VIA: 1		0118493079-9 00/00000000	
ROSAIRIA DE OLIVEIRA MORAIS		NOME:	
61685470459		CHASSI: QSE4783/PB	
PLACANTINHO		NOVO PB	
9C6D6332010001140		NOME DO TERC: 775/MOTOCICLETAS/1000	
YAMAHA/XJZ250 LAMDER		ANO/FAB: 2019	
2 E/249 /CI		PARTIC	
PREVA		COR PREDOMINANTE	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	
5		6	
7		8	
9		0	
1		2	
3		4	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190589490 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES **Data do acidente:** 06/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 6/7_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190589490 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES **Data do acidente:** 06/05/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 6/7_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0362192/19

Vítima: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

CPF: 086.991.854-05

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 06/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES : 086.991.854-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES
CPF: 086.991.854-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA



ITAÚ - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA:	30/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00372

CONTA: 000000033380-7

Autenticação:

4A31271B1269221A3F0232B1025429F701D591FFF159EC3217AEB72517DEF18B





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08099609420198152003

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 **LEANDRO PHELIPE DE OLIVEIRA PIRES**, 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, qual seja **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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 a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, 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,

JOAO PESSOA, 3 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/09/2020 16:16:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090816164095100000032586655>
Número do documento: 20090816164095100000032586655