



20/08/2020

Número: **0801589-06.2019.8.15.0981**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Queimadas**

Última distribuição : **13/08/2019**

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	
RENAN PEDRO DA SILVA (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33440743	20/08/2020 16:01	<a href="#">Petição</a>	Petição
33441122	20/08/2020 16:01	<a href="#">2723183_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
33441124	20/08/2020 16:01	<a href="#">2723183_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190404284

Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), RENAN PEDRO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00169/00170 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060085



Carta nº 14515698





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190404284

Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENAN PEDRO DA SILVA

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 14515796

Pag. 00999/01000 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190404284

Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), RENAN PEDRO DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00339/00340 - carta\_04 - INVALIDEZ

00020170



Carta nº 14592270





## 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: 0219791/19 CPF da vítima: 70141455411 Nome completo da vítima: Renan Pedro de Silva  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Renan Pedro de Silva CPF: 70141455411  
Profissão: segurado Endereço: Sítio Urumari Número: 511 Complemento:  
Bairro: Zona Rural Cidade: Catanduva Estado: PB CEP: 58455-000  
E-mail: Tel.(DDD): 8337341239

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Banco do Brasil  
AGÊNCIA: 4654 3 CONTA: 22084 1  
(informar o dígito se existir) (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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, a caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Companhia Grande - PB 08/10/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Renan Pedro de Silva  
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.



CERTIDÃO Nº. 021/2018

CERTIFICO, em razão do meu Cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo em Cartório desta Delegacia de Polícia Civil a pasta destinada ao registro de Ocorrências Policiais nº001/2018, verifiquei constar o assentamento da ocorrência policial nº021/2018 cujo teor passa a transcrever na íntegra: "Ao 01 (primeiro) dia do mês de março do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Caturité, Estado da Paraíba, em Cartório da Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava Cláudio Manoel Fernandes Marques, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão do seu cargo no final assinado, por volta de 10h40min, compareceu: **RENAN PEDRO DA SILVA, NATURAL DE CAMPINA GRANDE – PB, AGRICULTOR, CASADO, COM 22 ANOS DE IDADE, NASCIDO EM 22/11/1996, ALFABETIZADO, RG Nº. 4011056 SSP/PB, FILHO DE JOSÉ DA SILVA E MARIA JOSÉ NASCIMENTO SILVA, RESIDENTE NO SÍTIO CAMPO DE EMAS, ZONA RURAL, CAMPINA GRANDE – PB, PODENDO SER CONTATADO PELO TELEFONE 98791-4673.** Ciente das penalidades impostas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro noticiou que no dia 04/08/2017, por volta das 10h02min, pilotava a **motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, 2011/2011, VERMELHA, PLACA OEW2758/PB, CHASSI 9C2KC1670BR626789 registrada em nome de SEVERINO DE SOUSA; Que transitava por uma estrada de terra no Sítio Umari, indo para o trabalho, quando em uma curva foi abalroado por um automóvel que vinha em sentido contrário; Que não sabe qual veículo o abalroou nem a placa do mesmo; Que populares ligaram para o SAMU e uma ambulância esteve no local e o conduziu para o Hospital de Trauma de Campina Grande-PB. O referido é verdade. Dou fé. Dada e lavrada nesta Cidade de Caturité, Estado da Paraíba, em Cartório da Delegacia de Polícia Civil, ao 01 dia do mês de março do ano de dois mil e dezoito.**



Josivane José da Silva  
Escrivão de Polícia Civil

Rua João Queiroga, 77, Centro, CEP: 58.455-000 – Telefone (83) 33451004.  
caturite.dspl1@hotmail.com







## 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: 0219791/19 CPF da vítima: 70141455411 Nome completo da vítima: Renan Pedro de Silva  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Renan Pedro de Silva CPF: 70141455411  
Profissão: segurado Endereço: Sítio Urumari Número: 511 Complemento:  
Bairro: Zona Rural Cidade: Catanduva Estado: PB CEP: 58455-000  
E-mail: Tel.(DDD): 8337341239

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Banco do Brasil  
AGÊNCIA: (informar o dígito se existir) CONTA: (informar o dígito se existir)  
AGÊNCIA: 4654 3 CONTA: 22084 1

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 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: Companhia Grande - PB 08/10/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Renan Pedro de Silva  
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.







**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192**  
**USB-43**

**DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins de comprovação, que **RENAN PEDRO DA SILVA**, 21 anos, RG: 4.011.056 SSDS/PB, CPF: 701.414.554-11, foi atendido pela equipe de socorristas (Enfermeiro, Técnica em Enfermagem e Condutor Socorrista) deste estabelecimento de saúde, vítima de colisão carro/moto no dia 04/08/2017, ID: 1595310 às 10h02min. Realizado atendimento de acordo com Protocolo vigente, e o paciente foi removido para o hospital de trauma de Campina Grande conforme regulação médica.

Por ser verdade, eu dato e assino a presente declaração.

Caturité - PB, 16 de Agosto de 2017.

Dr. João Carlos B. Santos  
ENFERMEIRO  
COREN/PB 478203

**João Carlos Belo dos Santos**  
**Enfermeiro – COREN PB 478.203**  
**Responsável Técnico do SAMU Caturité/PB**



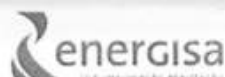


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica - Nº 027.265.945



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

ALEKSANDRA DE SOUSA SILVA  
SIT UMARI S/N  
CATURITE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/714044-5

### REFERÊNCIA

JUN/2019

### APRESENTAÇÃO

28/06/2019

### CONSUMO

36

### VENCIMENTO

05/07/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 33,60

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 03301.144170 6 79410000003360				
Pagador: ALEKSANDRA DE SOUSA SILVA CNPJ/CPF: 143.256.334-30				
SIT UMARI S/N - AREA RURAL - CATURITE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003301144	000000000201906	05/07/2019	R\$ 33,60	
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				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 16:01:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082016013706700000032004191>

Número do documento: 20082016013706700000032004191

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Carlos da Silva, RG de nº 3.22.36.38, data de expedição 12/09/2016, Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 066.502.354.26, com domicílio na cidade de Cataripe, no Estado de Paraíba, onde reside na (zona rural) Rua/Avenida/Estrada/sítio Sítio Campo de Caramelo nº 5/N, Bairro Zona Rural, complemento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Renan Pedro do Silva cujo o condutor era Renan Pedro do Silva.

Veículo Motocicleta  
Modelo Honda / POP 110 i  
Ano 2016  
Placa QFN 8005  
Chassi 9C2FBD1006R212869  
Data do Acidente 04.08.2017  
Local e Data Sítio umará 04.08.17



João Carlos da Silva  
Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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

Reconheço a firma de João Carlos da Silva,  
por autenticidade  
em 04 de julho de 2018  
em Paraíba, a verdade do fô.  
João Afrânio Nunes  
ESCRIVÃO

09.369.224/0001-40  
Cartório do Registro Civil e Notas  
Rua João Queiroga, 94  
Centro - CEP 58455-000  
CATURITÉ PB

SELO DIGITAL  
AHC36814-POJE

04.07.19

CERTIFICADO

EU Remem Pedro de Silva natural de Campina Grande PB Portador do RG 4.011.056 e CBE 701.414.554-11 agricultor casado com 23 ANOS de idade, nascido em 22.11.1996. Filho de JOSÉ DA SILVA E MARIA JOSE NASCIMENTO SILVA MOREIRA RURAL NO SÍTIO UIA MARY. Venho Por meio informado que em 04.03.2017 eu ia trabalhar conduzindo uma FARM VERMELHA PLACA DEW, 2758, PBEHASTI 9C2KC1670 BR626789. Em nome de SEVERINO DE SOUSA. que eu transportava em uma estrada de Terra no sítio UIA MARY quando em uma curva fui observado por um agricultor que tinha um sentido contrário que não sei qual o veículo que meim observou nem placa da mesma. Os policiais ligaram para o SAMU e a ambulância veio mais tarde no local. e fui conduzido para o HOSPITAL DE TRAMA de Campina Grande PB a referente Unidade. Com Fratura no Perno esquerdo e Braço esquerdo. Agual Foi feita uma cirurgia no Perno esquerdo. Vinde o Poder o Seguro DPV Sendo que não Tenho mais contato com o VIOLENTEIRO de Mato. Por isto está fazendo este declaração.

Remem Pedro de Silva.



Foram



04/08/2017

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



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1480251 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.776.266/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mafins, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 04/08/2017  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Andreza Da Silva Araújo  
PACIENTE: RENAN PEDRO DA SILVA CEP: 58455000 Nascimento: 22/11/1995  
Endereço: SÍTIO CAMPOS DE EMAS

Cidade: Catumbé

Sexo: M

Telefone: 86507580

Idade: 021

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARIA JOSE NASCIMENTO

RG: 4011056

Nº 0

Responsável: MARIA JOSE NASCIMENTO SILVA CPF: 70141455411

Profissão: ALMOXARIFADO

Estado (Código):

Data de Atendimento: 04/08/2017

CNS: 708403242029964

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 11:32:48

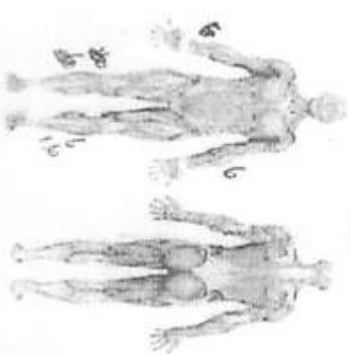
CONVÊNIO: SUS

Médico:

CRM:

Especialidade:

OBS FICHA:  
MECANISMOS DO TRAUMA  
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abertura
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Certeza
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Estrangulamento
11. Exatidão
12. F. Área branca
13. F. Área de fogo
14. F. Contusão
15. F. Certeza
16. F. Certeza
17. F. Certeza
18. F. Certeza
19. F. Certeza
20. F. Certeza
21. F. Certeza
22. F. Certeza
23. F. Certeza
24. F. Certeza
25. F. Certeza
26. F. Certeza
27. F. Certeza
28. F. Certeza
29. F. Certeza
30. F. Certeza
31. F. Certeza
32. F. Certeza
33. F. Certeza
34. F. Certeza
35. F. Certeza

OBS:

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

pele haurida

http://10.1.1.148/portal/consulta/consulta.php?carteira=1480251

HTCG-Paraná Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

paciente vítima de acidente de moto (velocidade) no qual sofreu lesão de 02 membros superiores e 01 membro inferior de natureza traumática, com fratura de humerus e fêmur B. fratura de tibia e fíbula de natureza traumática.

Curitiba

ALERGIA: NUNCA

MEDICAMENTOS: NUNCA

PATOLOGIAS: NUNCA

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotoreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

GLAUCOMA: NUNCA

HEPATOMEGALIA: NUNCA

01 JUL 2019

EXAMES SOLICITADOS:

Exames laboratoriais

Exames complementares

Exames complementares

Exames complementares

Exames complementares

Exames complementares

Exames complementares

Exames complementares

Exames complementares

Exames complementares

Exames complementares

Exames complementares

Exames complementares

Exames complementares

Exames complementares

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

04/08/2019

04/08/2019

04/08/2019

04/08/2019

04/08/2019



04/08/2017

HTCG-Panel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Paciente vítima de acidente de trânsito  
com fratura em fêmur e  
Anexo: Fotos e radiografias  
apresentando fratura exposta de  
Fêmur  
co: Ao Cl

Dr. Julio Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PE 9885



DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_

SERVIÇOS REALIZADOS:

( ) Centro cirúrgico \_\_\_\_\_ ( ) Alta hospitalar / ( ) A revelia  
( ) Internação (setor) \_\_\_\_\_ ( ) Decisão Médica  
( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_ ( ) Óbito

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CSO	IOADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*Suelio Moreira Torres*  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

ojeToHogfmspreurgencia.php?contar=1480251

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 16:01:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082016013706700000032004191>

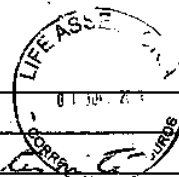
Número do documento: 20082016013706700000032004191

Num. 33441122 - Pág. 13



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

### Ficha de Acolhimento



Nome:	Denise Pidas da Silva		
End:	ST Camarões da Emas	Bairro:	Camarões
Data de Nascimento:	22.11.95	Documento de Identificação:	
Queixa:	acidente de carro	Data do Atend.:	04.08.17
		Hora:	15:25
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( ) Não	

### Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto: ( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ( ) Normocorada ( ) Pálida
Deambulação: ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca	

### Estratificação

MOD. 110

*Urgência*  
( / ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

*Brinda Moura da Silva*  
Assinatura e carimbo do profissional



## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convenção																																												
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Data</th> <th>Prescrição Médica</th> <th>Horário</th> <th>Evolução Médica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3</td> <td>Piano Linc</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Torax Salinizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Comprimido 1g @ 12h 4g</td> <td>12 (12h) (24)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>Insulina 100 - 100</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>Segura @ 12h 12h</td> <td>24</td> <td></td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>Insulina 100 @ 12h</td> <td>24</td> <td></td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>Insulina 100 @ 12h</td> <td>24</td> <td>OG</td> </tr> <tr> <td>8</td> <td>Comprimido 1g @ 12h</td> <td>24</td> <td>OG</td> </tr> <tr> <td>9</td> <td>Comprimido 1g @ 12h</td> <td>24</td> <td>OG</td> </tr> <tr> <td>10</td> <td>Comprimido 1g @ 12h</td> <td>24</td> <td>OG</td> </tr> </tbody> </table>	Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica	3	Piano Linc			2	Torax Salinizado			3	Comprimido 1g @ 12h 4g	12 (12h) (24)		4	Insulina 100 - 100			5	Segura @ 12h 12h	24		6	Insulina 100 @ 12h	24		7	Insulina 100 @ 12h	24	OG	8	Comprimido 1g @ 12h	24	OG	9	Comprimido 1g @ 12h	24	OG	10	Comprimido 1g @ 12h	24	OG			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica																																												
3	Piano Linc																																														
2	Torax Salinizado																																														
3	Comprimido 1g @ 12h 4g	12 (12h) (24)																																													
4	Insulina 100 - 100																																														
5	Segura @ 12h 12h	24																																													
6	Insulina 100 @ 12h	24																																													
7	Insulina 100 @ 12h	24	OG																																												
8	Comprimido 1g @ 12h	24	OG																																												
9	Comprimido 1g @ 12h	24	OG																																												
10	Comprimido 1g @ 12h	24	OG																																												





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <u>LEANDRO PAIRO</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>04.08.12</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>Dr. Luiz Severina</u>	1º Auxiliar <u>Dr. João Paulo</u>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório			
<u>Fatorio Gástrico de Fibrose</u>			
Tipo de Operação			
<u>Limpes e Ressecamento</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
<u>O mesmo</u>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<u>1. Desobstrução e Antissepsia</u>
<u>2. Ressecção de áreas estenosadas</u>
<u>3. Limpeza e desbridamento</u>
<u>4. Sutura das áreas de defeito</u>
<u>5. Curativo local</u>

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**



## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		LEITE		CONVÊNIO		IDADE		REGISTRO	
Remom Pedro da Silva				SUS		21		1480251.	
CIRURGIA				CIRURGIÃO					
Gua exposto para (E)				Dr. Luiz Antônio					
ANESTESIA				ANESTESIA					
Droga				Droga Filipe					
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO		FIM			
		0408.17		15.20		16h.			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS				Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS		
	A adrenalina amp.		06		Calef. p/ Oxi.		Calgut cromado Sertix		
	Atropina amp.				Calef. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.		01		Compressa Grande		Calgut cromado Sertix		
	Dilore amp.				Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolanlina amp.				Colonoide		Catgut Simples Sertix		
	Efrone ml				Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenilegum amp.				Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml				Dreno Penrose nº		Cera p/ osso		
	Inova ml				Dreno Pazzar nº		Ethibond		
	Ketalar ml				Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Morquina % ml				Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubain amp.				Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.				Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
	Procligine amp.				Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak		
	Protóxido l/m				Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak		
	Quelcin ml				Gase Pacote c/ 10 unidades	0.5	Fila cardiaca		
	Rapifen amp.				H <sub>2</sub> O ml	0.2	Mononylon 2...		
	Tionembutal ml				Intracath Adulto		Mononylon		
	Tiacrium amp.				Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES			01	Lâmina de Bisturi nº 23	0	Prolene Sertix		
	Água Destilada amp.		01		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix		
	Decadron amp.				Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
	Dipirona amp.				Luvas 7.0		Vicryl Sertix		
	Flaxidol amp.		03		Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
	Fieboocort amp.				Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Garamicina amp.				Luvas 8.5				
	Glicose amp.				Oxigênio l/m	0.5			
	Glucon de Cálcio amp.				Poliflix				
	Haemaceel ml				PVPi Degemante ml				
	Hepsrema ml				PVPi Tópico ml	Qtd.	SOROS		
	Kanakion amp.				Sabão Antisséptico	0.5	SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.				Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrolinazol				Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Piasil amp.				Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina		0.2		Seringa desc. 05 ml	0.6	SG fr 500 ml		
	Revivan amp.				Sonda				
	Stuptanon amp.				Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
02 01	Cefalotina 1g		01		Sonda Nasogástrica				
					Sonda Uretral nº				
					Sterydrem ml				
					Torneirinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				Vaselina ml				
02	Aguha desc. 25 x 7		0.4		Gelcon 18				
	Aguha desc. 28 x 28				Latece				
	Aguha desc. 3 x 4,5								
01	Aguha p/ raque nº								
	Alcool de Enfermagem								
	Alcool Iodado ml								
	Ataduras de Crepon								
	Ataduras de Gessada								
	Azul metileno amp.								
	Benzina ml								
							EQUIPAMENTOS		
(X) Oxímetro de Pulso							( ) Foco Auxiliar		
( ) Serra							( ) Eletrocautério		
( ) Desfibrilador							( ) Oxícapnógrafo		
( ) Foco Frontal							(X) Cardiomonitor		

Opereador V.







Q

Dr. Schnepf Costa  
Oncologia - Hematologia  
Campus 5523  
Grua 5523



Diagnóstico

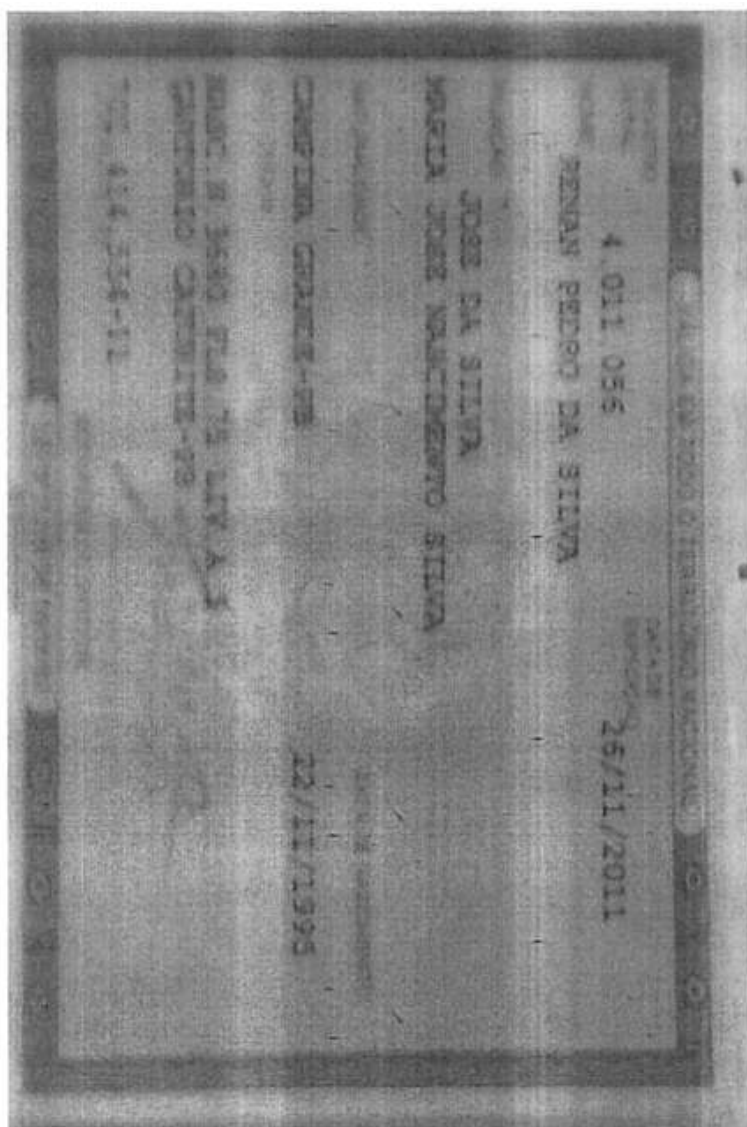
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente FEVERAL FERNANDES Alojamento 7 Leito 1 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
07.8	1 - Dieta livre	ciente	sem febre
	2 - S R L 500 ml I.V. 12/12 h.	12 24	sem dor
	3 - Clindamicina 600mg + ABD IV 6/6 h	12 18 24 06	sem dor
	4 - Gentamicina 240mg + S F 0,9% 100 ml IV 1 X	12 18 24 06	
	5 - Dipirona 02 ml I. V. 8 / 8 h (lento).	14 22 06	
	6 - Tilatil 20 mg I. V. 12/12 h.	12 24	
	7 - Omeprazol 40 mg I. V. 01 X dia.	26	
	8 - C. C. G.	ciente	
		ciente	







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

VALOR R\$ \_\_\_\_\_  
 O COMPRADOR: \_\_\_\_\_

CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_  
 ID: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)  
 O vendedor tem a obrigação legal de constatar a veracidade do veículo ao DETRAN no prazo máximo de  
 15 dias, sob pena de ser considerado solidariamente pelos prejuízos impostos o autor  
 da fraude até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 174 - Código de Trânsito  
 Brasileiro - CTB).  
 O vendedor tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a  
 entrega do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 230 do CTB).  
 O vendedor tem o reconhecimento de firma do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade  
 AUTENTICAÇÃO.

REC: \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO COMPRADOR  
 RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)  
 CONFORME ART. 369 C.P.C.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PB		Nº 012650492335	
		16659058345	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
RPPV 20160100052613-0			
VIA	1	0-08/02806-7	00/00000000
NOME/ENDEREÇO			
JOSE CARLOS DA SILVA			
SIT CAMPO DE EMAS SN			
58455000 CATURITE-PB			
CPF/CNPJ		PLACA	
06650735426		CEN8005/PB	
NOME ANTERIOR			
NOMEX RUMO MOTORES E PEÇAS LTDA			
PLACA AUT. P/B	CHASSI		
NOVO	PB	962JB01006R212869	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOT/CICL/HAQ AP/TC		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/POP 1100		2016 2016	
CAP/MOT/CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 R/109 /C1	PARTIC	VERMELHA	
OBSERVAÇÕES			
A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA			
DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA			
N.Motor : JB01E0GZ12880			
CATURITE-PB		LOCAL	DATA
32875			20/05/2016
		7003781	



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB		Nº 01545365134	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO		7050846089	
1		0034346812-3	
SEVERINO DE SOUSA		RTE 20150100850223-9	
R AMELIA PEREIRA NIA 875 CASA		09/00800000	
CENTRO		58440000 QUEIMADAS-PB	
38522292434		09/0758/PB	
EMERSON PEDRO DE SOUZA			
MOTOR		962HC167DBR626789	
PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC		ALCO/GASOL	
HONDA/CG 150 FAN ESI		2011 2014	
2 P/149 /CI		PARTEC VERMELHA	
SEM RESERVA DE DOMINIO			
N.MOTOR : K01687B626789		0	
QUEIMADAS-PB		26/05/2015	
32875			



AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEICULO ATIV	
AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEICULO PARA:	
NOME DO OCUPADOR	VALOR R\$
SILVA	
ALBERTO DOMINGOS	
NO. 1231545	OFICINA 12108267476
ENDEREGO: Sítio caixa DOBVA	
QUEIMADAS PB	
LOCAL EDATA: QUEIMADAS PB 03-09-2015	
ASSINATURA DO PROPRIETARIO VENDEDOR	
Suelio Moreira Torres	
RECONHECIMENTO DE FILIAL DO PROPR ETARIO VENDEDOR	
OFICINA DE NOTAS E REGISTRO	
Rua do Rosário, 48 - Centro - Aracaju-PB	
Reconheço como autêntica e verdadeira	
a(s) firma(s) de Severino Ramos de A. Santos	
GOLASSO	
conforme autógrafo arquivado neste ofício.	
Aracaju, 31 de Agosto 2015	
Em testemunho	
Severino Ramos de A. Santos	
CULO: 01545365134-9015	





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190404284 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA E DESBRIDAMENTO. ALTA.  
P 4/5

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190404284 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA E DESBRIDAMENTO. ALTA.  
P 4/5

#### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219791/19

Número do Sinistro: 3190404284

Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA

Data do acidente: 04/08/2017

CPF: 701.414.554-11

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RENAN PEDRO DA SILVA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração do Proprietário do Veículo  
DUT

### 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](http://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: 15/07/2019  
Nome: RENAN PEDRO DA SILVA  
CPF: 701.414.554-11

RENAN PEDRO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219791/19

**Vítima:** RENAN PEDRO DA SILVA

**CPF:** 701.414.554-11

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 04/08/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RENAN PEDRO DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**RENAN PEDRO DA SILVA : 701.414.554-11**

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](http://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: 01/07/2019  
Nome: RENAN PEDRO DA SILVA  
CPF: 701.414.554-11

RENAN PEDRO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE QUEIMADAS/PB

Processo: 08015890620198150981

**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 **RENAN PEDRO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

**PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.**

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



Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

QUEIMADAS, 18 de agosto de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

