



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
<b>RENAN PEDRO DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33440 743	20/08/2020 16:01	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
33441 122	20/08/2020 16:01	<a href="#"><u>2723183_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
33441 124	20/08/2020 16:01	<a href="#"><u>2723183_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 16:01:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082016013620200000032003813>  
Número do documento: 20082016013620200000032003813

Num. 33440743 - Pág. 1



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.

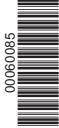
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00169/00170 - carta\_03 - INVALIDEZ



00060085

Carta nº 14515698



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. 1



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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora**.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 0099901000 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020500

Carta nº 14515796





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



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. 3

# 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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
0219791/19	7014114 554 11	Renan Pedro de Silve	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Renan Pedro de Silve		CPF: 7014114 554 11
Profissão:	agricultor		Número: 511 Complemento:
Endereço:	Sítio Umariz		
Bairro:	Zona Rural	Cidade:	Catende
E-mail:			Estado: PB CEP: 58455-000
Tel.(DDD): 8337391205			

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

#### DADOS CADASTRAIS

#### RENDIMENTO:

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

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso 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: Campina Grande - PB 08/10/2019

Nome:

CPF:

(\* Assinatura de quem assina A ROGO

\* Renan Pedro de Silve

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

3º | 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.





# GOVERNO DA PARAÍBA



## CERTIDÃO Nº. 021/2018

CERTIFICO, em razão do meu Cargo é 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.dspe11@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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
0219791/19	701414 55411	Renan Pedro de Silve	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:			CPF:
Profissão:	Endereço:		Número:
agricultor	Sítio Umarizal		Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Zona Rural	Catende	PE	58455-000
E-mail:	Tel.(DDD): 8337391205		

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

#### DADOS CADASTRAIS

#### RENDIMENTO:

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

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

- 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:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso 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: Comunhão Grande - PE 08/10/2019

Nome:

CPF:

(\* ) Assinatura de quem assina A ROGO

\* Renan Pedro de Silve

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura



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 data 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



Rua Severino Gervásio de Sousa, 15 – Centro

58.455-000 - Caturité/PB

Fone/Fax: (83) 3345-1076 • E-mail: semscaturite@gmail.com



04/08/2017

HTCG-Painel Administrativo

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



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

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairinque, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 04/08/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Andrade Da Silva Araújo

**PACIENTE: RENAN PEDRO DA SILVA** CEP: 58455000

Endereço/SITIO CAMPOS DE EMAS

Cidade: Caturité

Sexo:M

Idade:021

RG: 4011056 Profissão: ALMOXARIFADO

Nome da Mãe: MARIA JOSE NASCIMENTO SILVA CPF: 70141455411

SILVA

Estado (Civil):solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

Horá: 11:32:48

Especialidade:

Data: 04/08/2017

CNS:708403242029964

CONVÉNIO:SUS

Horá: 11:32:48

Especialidade:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Local da lesão (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abcesso

2. Amputação

3. Anúlito

4. Cervical

5. Crânio

6. Dor

7. Edema

8. Empaixamento

9. Enfimamamento

10. Esmagamento

11. Equimose

12. Fimbra fraca

13. Fimbra de fogo

14. Fractura

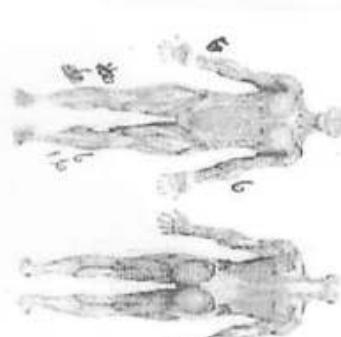
15. Contusão

16. + Contusão

17. Fimbra contusão

18. Fimbra-cravante

OBS: \_\_\_\_\_



QUEIMADURA:

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

*Pel humoroso*

<http://pj0.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082016013706700000032004191>

EXAMES SOLICITADOS		
Exames laboratoriais Geral	Radiografias: <i>RELAÇÃO HEMATOLOGICA</i>	
Nasogastricóscopia	Ultrassonografia: <i>RELAÇÃO HEMATOLOGICA</i>	
Computadorizada	( ) Radiografias: <i>RELAÇÃO HEMATOLOGICA</i>	
SOLICITAÇÃO DE PARERES MÉDICOS		
Especialista: <i>DR. SUELIO MOREIRA TORRES</i>	Resposta: <i>08/12</i>	
Especialista: <i>DR. SUELIO MOREIRA TORRES</i>		
MÉDICO SOLICITANTE		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:		
Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	04/08/2017 - 01:00h à 01:00h	08/12
2	510g Iodoform CV	08/12
3		
4		

6

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

*Suelio Moreira Torres*



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundaria via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica N° 027.265.945



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc Est. 16.015.823-4

## DADOS DO CLIENTE

ALEKSANDRA DE SOUSA SILVA  
SIT UMARI S/N  
CATURITE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/714044-5

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUN/2019

28/06/2019

36

05/07/2019

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 7941000003360

Pagador: ALEKSANDRA DE SOUSA SILVA CNPJ/CPF: 143.256.334-30

SIT UMARI S/N - ÁREA RURAL - CATURITE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número 26249120003301144	Nr Documento 000000000201906	Data Vencimento 05/07/2019	Valor do Documento R\$ 33,60	Valor Pago
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	------------

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

Num. 33441122 - Pág. 9

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Pedro da Silva, RG de nº 13.22.36.38, data de expedição 27/09/2016, Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 066.507.354-26, com domicílio na cidade de Catandiba, no Estado de Pernambuco, onde reside na 120m Rural Rua/Avenida/Estrada/sítio Sítio Campo de Ceará, nº 511, Bairro Esse Bairro, 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 da Silva, cujo o condutor era Renan Pedro da Silva.

Veículo Motocicleta  
Modelo Honda / POP 110 f  
Ano 2016  
Placa OTN 8005  
Chassi 9LZ2JBD1006RZ12869  
Data do Acidente 04.08.2017  
Local e Data Betim Minas 04.08.17



Assinatura do Declarante ( RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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

Ramificação firma do José  
Bonfim da Silva,  
por autenticidade  
Cartório de Registro Civil e Notas  
José Alencar Nunes  
SUELIO MOREIRA TORRES  
José Alencar Nunes  
ESCRIVÃO

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

SELO DIGITAL  
AHC36814-POTE



04.07.19

COTWUTI

EU Renan Pedro de SIlva natural de Condeira  
Jacundá PB Protetor do RG 4.011.056 e CPE  
701.414.554-3 agricultor casado com 23 anos de  
idade, nascido em 22.11.1996. Filho de ex JOSÉ DOS  
SILVA E MARIA JOSE VASCONCELOSO SILVA MOREIRA  
Matus. No sitio UMA MARY. Vendo Pequena informa que  
em 04.02.2017 eu ia trabalhar conduzindo uma  
FAM VERMELHA PLACA PEW.0758. PB #ASSI  
AC 2 YC 1670 BR 626789. Eu nome de SEVERINO  
DE SOUSA. que eu trafegava em uma estrada  
de Terra no sitio UMA MARY quando em uma  
curva fui atingido por um automóvel que  
estava em sentido contrário que não sei qual o  
veículo que estava dirigindo nem placas da mesma  
ou populares ligaram para o SAMU e a ambu-  
lância veio com cerca de 10 min. no local. e foi conduzido  
para o HOSPITAL DE TERRA de Condeira Jacundá PB  
referente Verdade. Com Fratura NO Perna  
esquerda e Braço esquerdo igual foi feita  
uma cirurgia na Perna esquerda. Vim de o Poder  
o Seguro DIPV Sendo que não tenho como  
contato com o VIGORPIANIO da moto. Por  
isso estou fazendo isto declarando.

Renan Pedro de SIlva.



Fotoqua

04/08/2017

HTCG-Painel Administrativo

**GOVERNO  
DA PARÁBA**  
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: 08.775.268/0038-52

Data: 04/08/2017

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mahrinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Atendente : Andrezza Da Silva Araújo

Boletim de Emergência (B.E) – Modelo 07

Paciente: RENAN PEDRO DA SILVA (CEP58455000)

Endereço:SITIO CAMPOS DE EMAS

Nascimento:22/11/1995

Cidade: Caturité

Sexo:M

Idade:021

Profissão:ALMOXARIFADO

CRM:

Barro-ZONA RURAL

Nº:0

Data de:

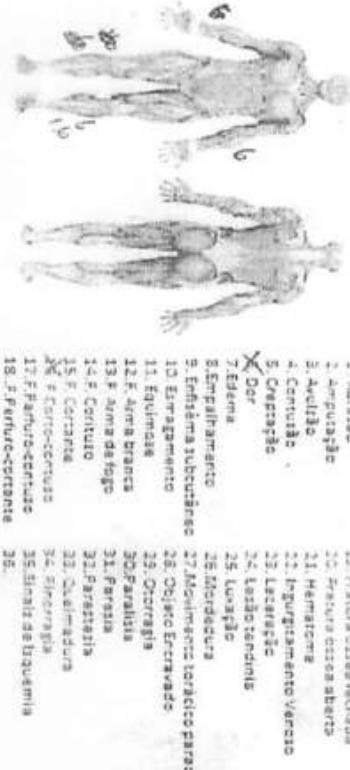
CONVÉNIO:SUS

Atend:04/08/2017

Hora: 11:32:48

Especialidade:

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



Nome da Mãe: MARIA JOSE NASCIMENTO SILVA

CPF: 70141455411

RG: 4011056

Nº:0

Profissão:ALMOXARIFADO

Estado Civil:Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

CRM:

Data de:

CONVÉNIO:SUS

Atend:04/08/137

Hora: 11:32:48

Especialidade:

CRM:

Data de:

CONVÉNIO:SUS

Atend:04/08/137

04/08/2017

HTCG-Painel Administrativo

**EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO**

Paciente vítima de acidente de amb  
dir d ferimento em ferme e  
As entre férias e reabilitação  
apresenta lesões fácticas expostas de  
abuiz  
Co: As cl

Dr. Julio Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRMPE 9965



DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_ hs \_\_\_\_\_ hs.

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

*Maria José Moreira Salles*  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

**SERVIÇOS REALIZADOS:**

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____





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

### Ficha de Acolhimento



Nome: <i>Pereira Pires da Silva</i>	Bairro: <i>Centro</i>
End: <i>ST Campeão das Emas</i>	Documento de Identificação:
Data de Nascimento: <i>22-11-95</i>	
Queixa: <i>dores metastásicos</i>	Data do Atend.: <i>04.08.17</i> Hora: <i>15:25</i> Documento:
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	

### Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

### Estratificação

MOD. 110

*Laringite*  
 Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

*Suelio Moreira da Silva*  
Assinatura e carimbo do profissional





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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Suelio Torres

Alojamento: LIFE ASSESSOR | Data: 17 JUL 2018 | Leito: 1 | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1. Pílula amarela			Tet uirite
2. Jante Salineiro			de c acidez
3. Cetamina 1500 mg		12(12h) 24	de micto e o
4. Thiamil 100 mg - 100			lui sem puer
5. Sfogli 1200 mg		24	xente com puer
6. Metformina 1000 mg		24	
7. Glucos 1000 mg		06	
8. Omeprazol 20 mg		24	MD: Fracura GP
9. Ecce 1000 mg		24	diaf. de micto
10. Profenecol 400 mg		02(09h) 02(07h)	Do erote:
			Coxa 2+14+
			Sofrito R, Coitudo, Runho, Br
			Osi: Fratura
			fratura distal
			Bomba de e
			elar fraco
			micto pelo
			reverso de
			Dir. do compoit
			cot. Encamamento
			Fixação e
			terapêutica

MOD. 035

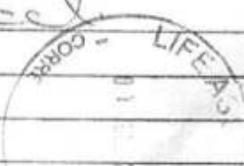


Nome do Paciente <i>LOND</i>		Nº Prontuário <i>Pano</i>
Data da Operação <i>04.08.11</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Dra. Ruiz</i>	<i>Assistente</i>	<i>1º Auxiliar</i>
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fistula Gravida de Tríplice</i>		
Tipo de Operação <i>Limpagem e Ressecção</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação		

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1. Desespose e Entorse
2. Posição do campo estéril
3. Limpagem e desbridamento
4. Fechamento
5. Cauterização



Mod. 018

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Renan Pedro da Silva

QI

LEITE

CONVÉNIO

SUS

IDADE

21

REGISTRO

1480251.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

CIRURGIA:

Extrato pulmonar (E)

CIRURGIÃO

Dr. Wellington

ANESTESIA:

n/a

ANESTESIA

Dra. Filha

INSTRUMENTADORA

n/a

DATA

04-08-17

INÍCIO

15:20

FIM

16h

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	0L	Calef. p/ Oxi.		Calgut cromado Sertix	1480251
	Atropina amp.		Calef. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix	
	Diclofan amp.	0L	Compressa Grande		Calgut cromado Sertix	
	Ditrore amp.		Compressa Pequena		Calgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Calgut Simples Sertix	
	Efetina ml		Dreno		Calgut Simples Sertix	
	Fibrogum amp.		Dreno Kerr nº		Calgut Simples Sertix	
	Fentanyl ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ ossos	
	Inova ml		Dreno Paixer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Naloxon amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		Espasadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protocolo I/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades	0.5	Fita cardíaca	
	Rapifen amp.		H2O, ml	02	Mononylon 2	
	Trionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Triacriptil amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	DL	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
	Água Destilada amp.	0L	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
	Cálcyon amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
	Digirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.	03	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Fleocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		Vicryl Serfix	
	Glicose amp.		Oxigênio l/m	0.5		
	Lítio de Cálcio amp.		Poliflux			
	Haemacei ml		PVPi Degemerante ml			
	Heparema ml		PVPi Tópico ml.			
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico	0.5	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Laxix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml	0.6	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stupitanon amp.		Sonda foley			
	Cefalotina 1g	02	Sonda Nasogástrica			
	01 Dimexid		Sonda Uretral nº			
			Sterycrem ml			
			Torreirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		SOROS	
02	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5					
01	Aguilha p/ raque nº					
	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metílico amp.					
	Benzina ml					
EQUIPAMENTOS						
	(X) Oxímetro de Pulso		( ) Foco Auxiliar			
	( ) Serra		( ) Eletrocautério			
	( ) Desfibrilador		( ) Oxicardiograma			
	( ) Foco Frontal		( ) Cardiomonitor			
	( ) Fonte de Luz		( ) Perfurador Elétrico			
CIRCULANTE RESPONSÁVEL						
Operador U.						



## Diagnóstico

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK

Fr	Exp	P. bala
----	-----	---------

Paciente	Nº nro	Peso	Alojamento	Leito	PF - I	Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
6/10	1 DIETA LIVRE	07 21 00	22 D 14
	2-5F 0,9% 1500ML EV PY-24H	07 21 00	
	3 CHINCHAMICINA 60MG + AD EV 5/6H	07 21 00	
	4 DIPROROMA 1G+ABD EV 5/6H	07 21 00	
	5 TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 5/6H	07 21 00	
	6 NAUSEDRON 8mg/ML IFP + ABD EV 5/6H	07 21 00	
	7 OMEPRAZOL 40UMG + DILUENTE EV EM JEJUM	07 21 00	
	8 CLEXANE 40MG SC ID/ID	07 21 00	
	9 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE	07 21 00	
	10 MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H	07 21 00	
	11 SSW+CQGG	07 21 00	
	12 Cinchico Jx d.2	07 21 00	
13		07 21 00	

Yvny de Paiva Câncara  
Assinatura: Yvny de Paiva Câncara  
Data: 10/08/2020  
CNPJ: 00.116.900/0001-00

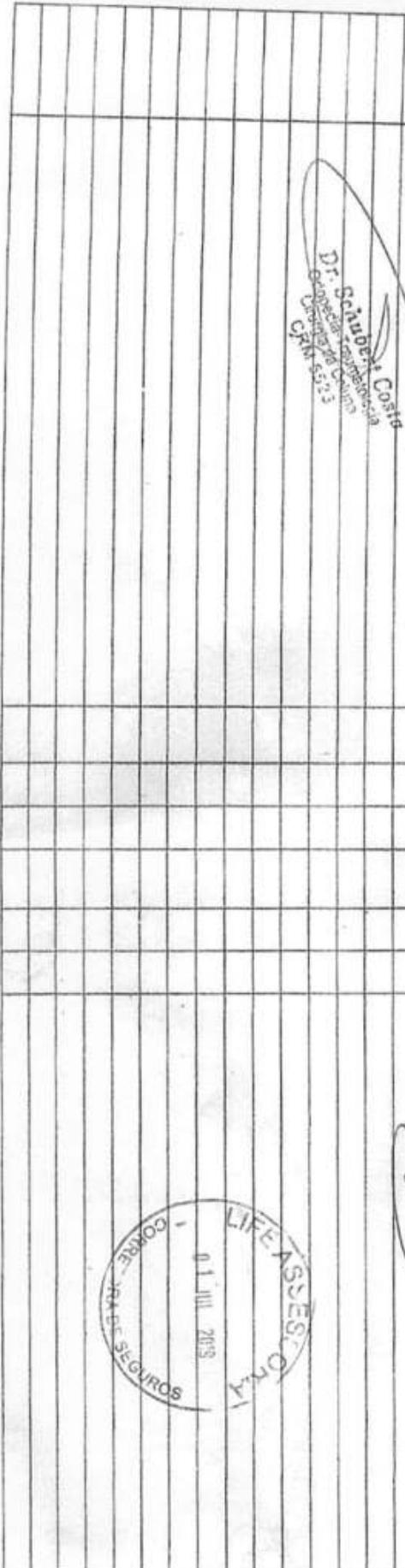
Yvny de Paiva Câncara  
Assinatura: Yvny de Paiva Câncara  
Data: 10/08/2020  
CNPJ: 00.116.900/0001-00

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



Dr. Schubert Costa  
Oncopeltus callosus  
Gutierrez 523





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente

Dear Peter

Alojamento

1 /

## Diagnóstico

~~Diagnoses~~  
Past exp Africa



1000-003



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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/06/2020 16:17:57  
[http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView\\_sear2x-20082016013706700000032004191](http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView_sear2x-20082016013706700000032004191)

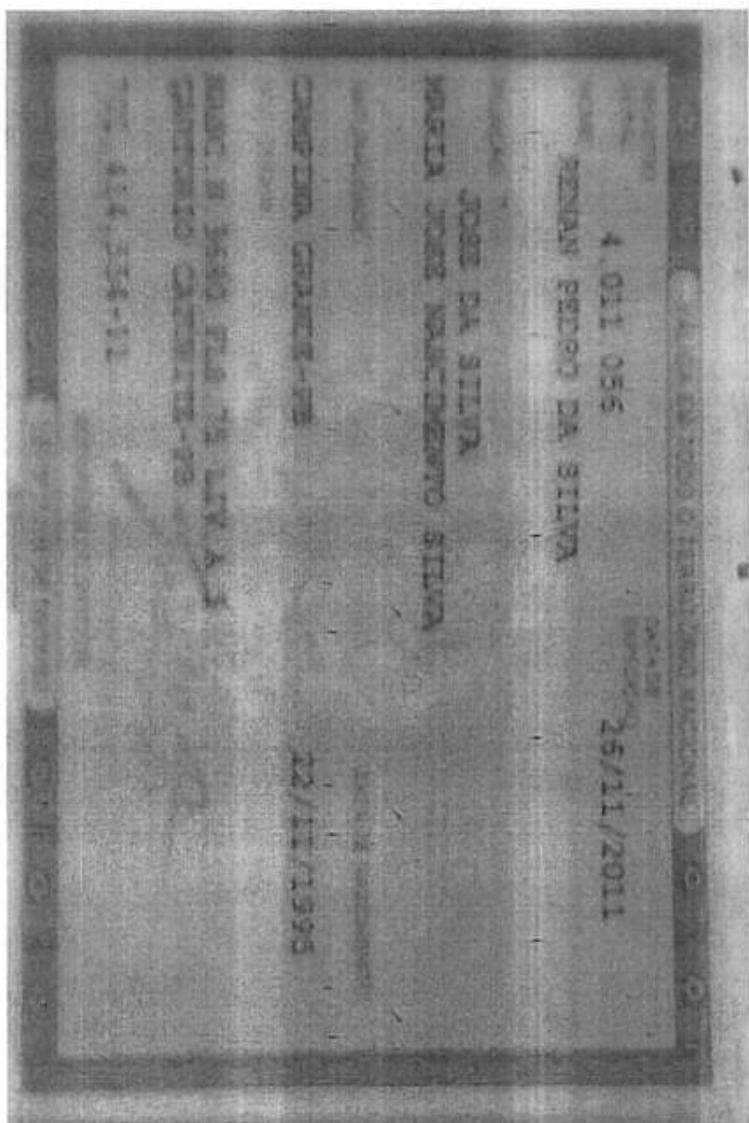
Número do documento: 20082016013706700000032004181

Num. 33441122 Pág. 20



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. 21



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. 22

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

VALOR R\$ \_\_\_\_\_

O COMPRADOR: \_\_\_\_\_

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

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

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

Indicar bem a obrigação legal do consumidor é vivida do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 15 dias, sob pena de lei que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas a suas ações, até a data da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 154 - Código de Trânsito do Brasil - CTB).

Quem entregar 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), anotando o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade AUTENTICIDADE.

IND: \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO COMPRADOR: \_\_\_\_\_

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)  
 CONFORME ART. 369 C.P.C.



REPU BICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETAN - PB		Nº 012650492335	
		16650050345	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
VIA	PPL	20160100052613-0	
1	0408/02806-7	00/00000000	
HOME ENDEREÇO			
JOSE CARLOS DA SILVA SIT CAMPO DE ENAS SN 58455000 CATARITÉ-PR			
CPF/CNPJ	PLACA		
00650735426	0EN8005/PB		
NOME ANTERIOR			
NOVA RUMO MOTORES E PEÇAS LTDA			
PLACA ANTIGA	CHASSI		
NOVO	PB	962JB0100GR212869	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOR/CICLE/NAO APPLIC		GASOLINA	
MARCA/MODELO		ANO FAB/ANO MOD	
HONDA/POP 110I		2016 / 2016	
CAP/PILOT/CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 / B/T09 / CI	PARTIC	VERMELHA	
OBSERVAÇÕES			
A.F. ADM DE CONO NACION HONDA LTDA			
DOCUMENTO VÁLIDO SOMENTE PARA TURNO			
N.Motor : JE01EG0212880			
CATARITÉ-PB		LOCAL	DATA
32875			20/05/2016
7003781			



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. 23



## 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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
RENAN PEDRO DA SILVA

\_\_\_\_\_  
SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219791/19

**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  
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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
RENAN PEDRO DA SILVA

\_\_\_\_\_  
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.ª, 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 inexiste 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.**

**POR TANTO, 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 16:01:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082016013795700000032004192>  
Número do documento: 20082016013795700000032004192

Num. 33441124 - Pág. 1

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.

Diane 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**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 16:01:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082016013795700000032004192>  
Número do documento: 20082016013795700000032004192

Num. 33441124 - Pág. 2