



Número: **0817929-35.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **23/03/2020**

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
DANIEL BRAZ (AUTOR)	JOSE RUBENS DE MOURA FILHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ANTONIO VITURIANO DE ABREU (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43667 821	26/05/2021 15:38	<u>Petição</u>	Petição
43667 823	26/05/2021 15:38	<u>2727736_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos
43667 825	26/05/2021 15:38	<u>2727736_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos

ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 15:38:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052615381835500000041527325>
Número do documento: 21052615381835500000041527325

Num. 43667821 - Pág. 1



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

Processo n.º 08179293520208152001

BRADESCO SEGUROS S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DANIEL BRAZ**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Inválidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 24 de maio de 2021.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 15:38:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052615382035400000041527327>
Número do documento: 21052615382035400000041527327

Num. 43667823 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 15:38:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052615382035400000041527327>
Número do documento: 21052615382035400000041527327

Num. 43667823 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190571017 Vítima: DANIEL BRAZ

Data do Acidente: 12/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL BRAZ

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

Carta n° 14849760



220 000685/000686 - carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 15:38:22
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052615382129400000041527329>
Número de documento: 21052615382129400000041527329

Núm. 43667825 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190571017 Vítima: DANIEL BRAZ

Data do Acidente: 12/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DANIEL BRAZ

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190571017 Vítima: DANIEL BRAZ

Data do Acidente: 12/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL BRAZ

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: DANIEL BRAZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001657

Conta: 000000007951-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Caso que existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima: 131.583.794-30	4 - Nome completo da vítima: DANIEL BRAZ
----------------------------	--------------------------------------	---

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

5 - Nome completo: DANIEL BRAZ	6 - CPF: 131.583.794-30		
7 - Profissão: Recurso Informer	8 - Endereço: AV MIN JOSE AMERICO DE ALMEIDA	9 - Número: SN	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MIRAMAR	12 - Cidade: JOAO PESSOA	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail:			16 - Tel(DDD): (83) 9 88216903

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 1657 CONTA: 00007951 B AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ B

(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro(naínacer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA-PB, 07/10/2019

Daniel Braz

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Foto 001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11256.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11256.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:58 horas do dia 27 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Daniel Braz**, CPF nº 131.583.794-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Ajudante de Refrigeração, filho(a) de Cecilia Severina da Conceição e Jose Antonio Braz, natural de Itambe/PE, nascido(a) em 01/08/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. São Pedro, Nº 275, complemento Bairro - Centro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio Zé do Grupo, na cidade de Itambe/PE, telefone(s) para contato (83) 99452-0283.

Dados do(s) Fatos:

Local: Outros, São Miguel de Taipu/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 12/06/19 00:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia, o veículo, HONDA/NXR 160 BROS ESDD ano/mod. 2019, Cor: Vermelha, PLACA: PDE1379/PE, - Chassi: 9C2KD0810KR119277, na BR 230, quando foi surpreendido por outro veículo que o noticiante não identificou, vindo a colidir na traseira do veículo em que o noticiante conduzia, fazendo com que o noticiante caisse ao solo, onde terceiros ligou para o SAMU e logo após foi conduzido, para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde foi atendido e Diagnosticado com TCE LEVE + FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA FACE (PERIORBITAL D + SUPERCÍLIO D) + FRATURAS MÚLTIPHAS DO OMBRO E (CORACOIDE + ESCAPULA E) - CID S00.9 + S 01.7 + S 42.1 - Conforme LAUDO MÉDICO emitido pelo Dr. Ewerton Noronha Teixeira - CRM: 2516/PB.

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

João Pessoa/PB, 27 de setembro de 2019.

ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação

Daniel Braz
DANIEL BRAZ
Noticiante



Procedimento Policial: 11256.01.2019.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 15:38:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052615382129400000041527329>
Número do documento: 21052615382129400000041527329

Num. 43667825 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima: 131.583.794-30	4 - Nome completo da vítima: DANIEL BRAZ
----------------------------	--------------------------------------	---

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

5 - Nome completo: DANIEL BRAZ	6 - CPF: 131.583.794-30		
7 - Profissão: Recurso Informer	8 - Endereço: AV MIN JOSE AMERICO DE ALMEIDA	9 - Número: SN	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MIRAMAR	12 - Cidade: JOAO PESSOA	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail:			16 - Tel(DDD): (83) 9 88216903

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 1657 CONTA: 00007951 B AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ B

(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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	---	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro(nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	---	--	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA-PB, 07/10/2019

Daniel Braz

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Foto 001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

24/06

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1170097

**Identificação do paciente**

ID 991061	Nome DANIEL BRAZ			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/08/1998	Idade 20 anos 10 meses 11 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prenome 92887
Mãe CECILIA SEVERINA DA CONCEICAO				Paiz JOSE ANTONIO BRAZ
Escolaridade MEDIO INCOMPLETO				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Celular 83	Celular 989703292			DDD Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 10349791			Nº Cns 702403574060928
Local de procedência PEDRAS DE FOGO				Tipo MUNICIPIO
Email	Naturalidade ITAMBÉ			UF PB
CBO/R:				

Endereço

CEP 55920000	Município de residência ITAMBÉ	UF PE	Logradouro SAO PEDRO
Número 235	Complemento	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 12/06/2019 01:05:36	Número da pulseira 100007561046	Convênio SUS
Especialidade CLINICA MEDICA	Clínica	
Classificação de risco		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RODOVIA
		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

COMPREV PREVIDENCIA SAÚDE

07 OUT. 2019

Sinais Vitais

PA X mmHg	PRÓTICOLO AG. JOÃO PESSOA	P脉搏	Temperatura
--------------	------------------------------	-----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

Paciente vítima de acidente de moto, esclerotizado,
orientado. segue aos cuidados.

Dr. Humberto Lucena
CORPO-PB 503.712-500

Diagnóstico

CID

Atendido por
MARCIO MACEDO DA SILVATempo
42seg

Imprimir



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL BRAZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01657

CONTA: 000000007951-8

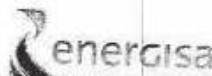
Nr. da Autenticação B54CD995A0132B87



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 15:38:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052615382129400000041527329>
Número do documento: 21052615382129400000041527329

Num. 43667825 - Pág. 8

MARIA DAS DORES DA SILVA,
AV MIN JOSE AVERO CO DE ALMEIDA, S/N - MIRIMAR
JOAO PESSOA/PB CEP: 58000002 (AB. 1)



Logradouro: MONDASCO
Cidade: Ribeirão das Neves - RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Ponto: 2-5-75-1080
Referência: Set/2019
Medidor: 00000000000000000000000000000000

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
Av 200 Km-26, Centro Administrativo, PB - CEP: 58014-680
CNPJ: 08.095.157/0001-40 - Ins Est.: 6015222-0
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica: 00000000000000000000000000000000
Cod. para DBA Automático: 00000414748

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196 | www.enercisa.com.br

Conta referente:	Apresentação:	Data prevista da próxima leitura:	CPF/CNPJ/RANI:
Set / 2019	05/09/2019	07/10/2019	Insc. Est.: 00000000000000000000000000000000

Comprovante de pagamento
Juiz de Direito: MOVIMENTO VAGINA BRASIL, Sistemas em
Saúde (<http://www.mvaginabrasil.com.br>)

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
08/09/19 32878	08/09/19 32871			30
Descrição				
Consumo em kWh				
0801 Consumo em kWh	89.000,00	0,00	79.51	79.51
0801 Atoz B. Vermeiro	5,35	0,00	25	1,34
LÂNCAMENTOS E SERVIÇOS				
0803 CONTRIB SERV LILM PÚBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DEMORA 07/2019	0,71	0,00	0	0,00
0805 MULTA 07/2019	1,05	0,00	0	0,00
0806 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2019	0,21	0,00	0	0,00
0802 BEM SEGURO - ACE/ASSURANT 09/2019	7,14	0,00	0	0,00

CCD - Código de Classificação de item - TOTAL
Tarifa de Tributos: 0,000000

12/09/2019 R\$ 93,80

Historico de consumo (kWh)
174 | 194 | 230 | 201 | 180 | 127 | 114 | 173 | 182 | 28 | 162 | 151
Série: Curta: Novato: Dez: Jan: Fev: Mar: Abr: Maio: Jun: Jul: Ago: Set

RESTRICOES ADICIONAIS

1158.0d02.8b2b.56a8.e35e.1db9.8396.f51f

Indicadores de Qualidade		
Zonas de ANEL	Aproxim.	Limite de Tensão (V)
DIANAL	4,62	5,00
DIS TRIMESTRAL	6,97	NOMINAL
DIS ANUAL	9,17	220
PIEMENTAL	3,11	0,00
FI TRIMESTRAL	8,22	CONTRATADA
FICANAL	12,48	LIMITE INFERIOR
EMC	3,69	7,21
ODR	1,22	LIMITE SUPERIOR

Consumo - em Consumo		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Consumo de Básico da Energia	20,55	21,51
Consumo de Encargo	20,48	21,41
Consumo de Transmissão	3,28	3,35
Encargo Básico	3,26	3,32
Encargo Diário e Encargo Outras Gêneros	20,50	21,52
Total	7,14	7,81

COMPREV
PROVIDÊNCIA S/A

07 OUT. 2019

Versão: B3.0 (Ref: 7/2019) | Ref: 2019

AVISO: Permanecendo com a leitura anterior, já ressalvada a disponibilidade de fornecimento, é vedado ao consumidor iniciar a instalação ou o consumo de energia elétrica, salvo se autorizado por escrito pelo fornecedor, contanto que não haja risco de danos ao sistema de distribuição de energia elétrica ou ao próprio consumidor. Neste caso, o fornecimento deve ser iniciado imediatamente. Até o fornecimento total da fatura, não pode ser realizada a instalação de nova unidade de consumo. A instalação de nova unidade de consumo deve ser autorizada pelo fornecedor. O fornecimento de energia elétrica é condicionado ao cumprimento das normas e das obrigações pactuadas entre fornecedor e consumidor, assim como ao cumprimento das normas e das obrigações pactuadas entre fornecedor e outras empresas que prestam serviços de infraestrutura.

RECIBO DO ARRECADADOR

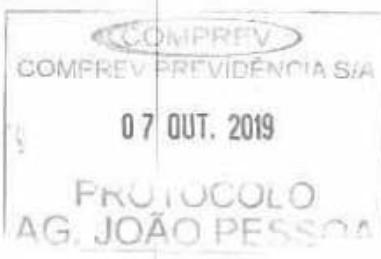
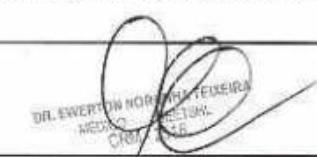
83660000000-1 93800149000-3 00414742019-6 09700006019-0

PAGADOR: MARIA DAS DORES DA SILVA - CPF/CNPJ: 11.111.111/0001-01
AV MIN JOSE AVERO CO DE ALMEIDA, S/N - MIRIMAR, JOAO PESSOA/PB CEP: 58000000

UC	Referência	Referência	Órgão de Verificação	Invólucro Documento
5/4/14748	2-5-75-1080	Set/ 2019	12/09/2019	93 83

BENEFICIARIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 03.913.133/000-42
Av 200 Km-25 - Centro Administrativo - João Pessoa/PB - CEP: 58021-950



	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIREÇÃO TÉCNICA	
LAUDO MÉDICO		
INFORMAÇÕES PESSOAIS		
NOME DO PACIENTE	DANIEL BRAZ	
DADOS DE NASCIMENTO	01/08/98	
NOME DA MÃE	CECILIA SEVERINA DA CONCEIÇÃO	
DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO		
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.170.097	
Nº PRONTUARIO	92.887	
DATA DO ATENDIMENTO	12/06/19	
HORA DO ATENDIMENTO	01:05	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
DIAGNÓSTICO (S)	TCE LEVE + FERIMENTOS MÚLTIPLOS DA FACE (PERIORBITAL D + SUPERCÍLIO D) + FRATURAS MÚLTIPLAS DO OMBRO E (CORACÓIDE E + ESCÁPULA E)	
CID 10	S 00.9 + S 01.7 + S 42.1	
AVALIAÇÃO INICIAL:		
<p>Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (queda) ao solo, trazido pelo SAMU, apresentando TCE com equimose em região periorbital D, ferimento contuso em supercílio D, refere dor e limitação dos movimentos em membro superior E e dor em hemitórax D. Relato de está alcoolizado. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.</p>		
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:		
TC do ombro E	 07 OUT. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
TC do crânio		
RX do tórax - AP		
RX da bacia E - AP		
RX do ombro E - AP e Obliquo		
RX do antebraço E - AP e P		
RX do braço E - AP e P		
TRATAMENTO:		
Fratura múltiplas do ombro E à TC e RX do ombro. Ferimentos múltiplos da face. Sem alteração à outra TC e aos outros RX. Realizado atendimento, sutura, medicação, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia, BucoMaxiloFacial e da Cirurgia Geral.		
ALTA HOSPITALAR:	12/06/19	
DATA DA EMISSÃO:	24/09/19	
 Dr. Ewerthon Noronha Teixeira CRM: 2516/PB		
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.		





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	
DANIEL BRAZ.		1170097	12/06/2019 01:05:36	Data Baixa
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato	
01/08/1998	20a 10m 11d	Masculino	(83) 989703292	
Mãe			Português	
CECILIA SEVERINA DA CONCEICAO			92887	
Endereço	Bairro	Município	UF	
SAO PEDRO, 235	CENTRO	ITAMBE	PE	
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional	
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	DEBORAH NOBREGA DE FARIAS	11815/PB	
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição		
12/06/2019 01:05:36		12/06/2019 01:19:56		

Anamnese

- CIRURGIA GERAL - PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE TER SIDO ENCONTRADO AO SOLO APÓS QUEDA, ALCOOLIZADO. APRESENTA EQUIMÓSE EM REGIÃO PERIORBITAL D., FERIMENTO CORTOCONTUSO EM SUPERCÍLIO DIREITO. REFERE DOR EM MSE E HTX D. NEGA DISPNEIA. AO EXAME: BEG; AAA; LOET; EUPNEICO A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS. SEM DEFORMIDADES CERVICais. MOVIMENTA ATIVAMENTE O PESCOÇO SEM QUEIXAS DE CERVICALGIA. B: RESPIRA ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA. BILATERALMENTE E: AUSENCIA DE CREPITAÇÃO E PALPACÃO; C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, EXTREMIDADES QUENTES E BEM PERFUNDIDAS. ABDOME FLACIDO, INDOLOR E SEM SINAIS DE PERITONITE, PELVE ESTÁVEL; AUSENCIA DE FERIMENTOS COM SANGRAMENTO. IMPORTANTE: D: ECG-P: 14; E: EQUITAMÓSE EM REGIÃO PERIORBITARIA DIREITA, LACERAÇÃO EM SUPERCÍLIO D. LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSE. CD: SOLICITO TC DE CRANIO, RX DE TORAX, RX DE MSE SOLICITO AVALIAÇÃO DA BMF, ORTOPEDIA E DA NCR.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Déborah Nobrega
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM 11815

DANIEL BRAZ

DEBORAH NOBREGA DE FARIAS
(CRM: 11815/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 12/06/2019 01:19:56



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 15:38:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052615382129400000041527329>
 Número do documento: 21052615382129400000041527329

Num. 43667825 - Pág. 11



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
DANIEL BRAZ	1170097	12/06/2019 01:05:36	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
01/08/1998	20a 10m 11d	Masculino	(83) 989703292
Mãe			Prontuário
CECILIA SEVERINA DA CONCEICAO			92887
Endereço	Bairro	Município	UF
SAO PEDRO, 235	CENTRO	ITAMBE	PE
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	RENATA MOURA XAVIER DANTAS	4525/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
12/06/2019 01:05:36		12/06/2019 04:34:01	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTOCICLETA CURSANDO TRAUMA EM FACE. NEGA EPISODIO EMETICO, SINCOPE, ALERGIA OU DOENÇAS DE BASE. NO MOMENTO, BEG, CONSCIENTE, SINAIS DE EMBRIAGUEZ, NORMOCORADO, ACIANOTICO, EUPNEICO. EXAME FISICO: FCC NA REGIAO SUPERCILIAR (D), EQUIMOSE NA REGIAO PALPEBRAL (D), ACUIDADE VISUAL PRESERVADA, VIAS AEREAS PERVEAS, ABERTURA SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE, CD: 1. AVALIAÇÃO BMF; 2. SUTURA; 3. ALTA BMF, AOS CUIDADOS DAS OUTRAS ESPECIALIDADES.

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

DANIEL BRAZ

RENATA MOURA XAVIER DANTAS
(CRM: 4525/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 12/06/2019 01:06:18





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	
DANIEL BRAZ		1170097	12/06/2019 01:05:36	Data Baixa
Data de nascimento	Idade	Sexo		
01/08/1998	20a 10m 11d	MASCULINO	CNS	Telefone de Contato
Mãe			702403574060928	(83) 989703292
CECILIA SEVERINA DA CONCEICAO				
Endereço	Bairro	Município	Prontuário	
SAO PEDRO, 235	CENTRO	ITAMBE	92887	
Acidente	Motivo	Profissional	UF	
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA	PE	
Nº Cons. Regional				
Data/Hora Classificação				
12/06/2019 01:05:36				
Data/Hora Prescrição				
12/06/2019 02:54:50				

Anamnese

PACIENTE REFERE TRAUMA EM OMBRO E. E EM REGIÃO DA BACIA. AO EXAME: INCAPACIDADE FUNCIONAL EM MSE + LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL D.; CD; SOLICITO NOVAS RADIOGRAFIAS + TC DE OMBRO E.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES). (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP VERDADEIRO / PERFI).

ESCAPULAR / AXILAR)

RADIOGRAFIA DE BACIA

TOMOCRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM RECONSTRUÇÃO 3D)

Conduta

Em observação

DANIEL BRAZ

Dr. Francisco Kartney S. Pedrosa
CRM 584/PB
Ortopedia e Traumatologia
CRM 584/PB

FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA
(CRM: 584/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 12/06/2019 01:06:18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 15:38:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105261538212940000041527329>
 Número do documento: 2105261538212940000041527329

Num. 43667825 - Pág. 13



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	DANIEL BRAZ	BAE	1170097	Data/Hora Entrada:	12/06/2019 01:05:36	Data Boixa
Data de nascimento	01/08/1998	Idade	20a 10m 11d	Sexo	CNS	Telefone de Contato
Mae	CECILIA SEVERINA DA CONCEICAO				702403574060928	(83) 989703292
Endereço	SAO PEDRO, 235	Bairro	CENTRO	Municipio	ITAMBE	Prontuário
Acidente	QUEDA / OUTROS	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	PAULO MARCELO FERNANDES RANGEL	UF
Data/Hora Classificação	12/06/2019 01:05:36				11560/PB	PE
						Nº Cons. Regional
						Data/Hora Prescrição
						12/06/2019 05:48:38

Anamnese

RX DE TORAX SEM ALTERAÇÕES. CD: ANALGESIA ALTA DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, DURANTE 12 HORA(S)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

DANIEL BRAZ

PAULO MARCELO FERNANDES RANGEL
(CRM-11560/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 12/06/2019 01:06:18





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
DANIEL BRAZ	1170097	12/06/2019 01:05:36	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
01/08/1998	20a 10m 11d	Masculino	(83) 989703292
Mãe			Prontuário
CECILIA SEVERINA DA CONCEICAO			92887
Endereço	Bairro	Município	L.F.
SAO PEDRO, 235	CENTRO	ITAMBÉ	PE
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	JANSEN HENRIQUES CEZARINO	11385/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
12/06/2019 01:05:36		12/06/2019 08:43:36	

Anamnese

#ORTOPEDIA PACIENTE ENCONTRADO PELO SAMU, TRAZIDO PARA O TRAUMA COM HISTÓRIA DE SER ENCONTRADO AO SOLO. AGEMEXAME APRESENTANDO ESCORIAÇÕES NO CORPO, HEMATOMA EM FACE, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS EM OMBRO ESQUERDO. NEUROVASCULAR OK. NO HTOPI STAFF: DR. ROMULO, DR. JOÃO HENRIQUE, DR. LUIZ JUVENCIO

Alta do Ortopedia

Conduta

Em observação

*Medico
Dr. Jansen Henriques
CRM-PB 11385*

DANIEL BRAZ

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM: 11385/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 12/06/2019 01:06:18



Falta Atualizado

ORTO



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
DANIEL BRAZ	1170097	12/06/2019 01:05:36	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
01/08/1998	20a 10m 11d	Masculino	(83) 989703292
Mãe			Prontuário
CECILIA SEVERINA DA CONCEICAO			92887
Endereço	Bairro	Município	UF
SAO PEDRO, 235	CENTRO	ITAMBE	PE
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTO CICLETA	LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	6028/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
12/06/2019 01:05:36		12/06/2019 14:19:53	

Anamnese

NEUROCIRURGIA ## PACIENTE DE 20 ANOS VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TCE, ADMITIDO 01:05 DA MADRUGADA. RELATO DE PERDA DA CONSCIÊNCIA. NEGA VÔMITOS, ANT.: NEGA ALERGIAS. AO EXAME: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS SEM CERVICALGIA À PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA. TC DE CRÂNIO: Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado. Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais. Abséncia de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais. Estruturas da linha mediana sem desvios significativos. CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA + ORIENTAÇÕES.

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

DANIEL BRAZ

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
(CRM: 6028/PB)

Leonardo P.
Neurocirurgião
CRM-PB 6028

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 12/06/2019 01:06:18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 15:38:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052615382129400000041527329>
Número do documento: 21052615382129400000041527329

Num. 43667825 - Pág. 16



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HÉLIO VIANELO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome DANIEL BRAZ Motivo do Aendamento		Data de Nascimento 01/08/1998 Enfermaria / Leito	Idade 20a 10m 11d	Sexo MASCULINO	Nº Prontuário 1170097 92887	Data Prescrição 12/06/2019 05:48:38	
Convenio SUS		Matrícula		Validade da Prescrição 12/06/2019 05:48:00 - 13/06/2019 05:48:00		Senha	
		Date da Entrada: 12/06/2019 01:05:36	Data da Internação: 12/06/2019 01:05:36		Permanência na 4h 43min	Permanência no:	
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação do Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pós	Agravamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/6H	
2 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG					11 17 0 3
3 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML		E.V		12/12H	0 5 1 7 0 5
TRAMADOL 50MG / ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V		12/12H	0 5 1 7 0 5

Reimpresso por
da

PAULO MARCELO FERREIRA RANGEL
CRM-ES 1509

Assinatura e Carimbo do Profissional



SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

Nome			
DANIEL BRAZ			
Data de	Nº Boletim Emergência	Prontuário	
01/08/1998	1170097	92887	
Material a examinar			
Data Prescrição: 12/06/2019 08:45:29			

PROCEDIMENTO
HEMI-J
(MSE)

Reimpresso por: *Marcos* Dr. Jansen Beníqueis
dia: *-* dia: *-* hora: *11:385*

Assinatura e Carimbo do Profissional
O profissional que assina o documento é responsável por sua autenticidade e integridade. Ele declara que o documento não foi alterado.





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

Parecer Médico

Nome DANIEL BRAZ	Idade 20A 10M 11D	Prontuário 92887
Boletim de Atendimento 1170097	Data de Entrada 12/06/2019 01:05:36	Data Internação 14min
Convênio SUS	Leito	Clínica CLINICA MEDICA
Parecer médico		
Especialidade NEURO CIRURGIA	Profissional	
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 12/06/2019 01:19:31	
PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE TER SIDO ENCONTRADO AO SOLO APOS QUEDA, ALCOOLIZADO. APRESENTA EQUIMOSE EM REGIÃO PERIORBITAL D., FERIMENTO CORTOCONTUSO EM SUPERCILIO DIREITO. REFERE DOR EM MSE E HTX D. NEGA DISPNEIA.		
AO EXAME.: BEG; AAA; LOET; EUPNEICO A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM DEFORMIDADES CERVICais, MOVIMENTA ATIVAMENTE O PESCOÇO SEM QUEIXAS DE CERVICALGIA; B: RESPIRA ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE, EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE, AUSÊNCIA DE CREPITAÇÃO A PALPAÇÃO; C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, EXTREMIDADES QUENTES E BEM PERFUNDIDAS, ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR E SEM SINAIS DE PERITONITE; PELVE ESTÁVEL; AUSÊNCIA DE FERIMENTOS COM SANGRAMENTO IMPORTANTE; D: ECG-P: 14; E: EQUIMOSE EM REGIAO PERIORBITARIA DIREITA, LACERAÇÃO EM SUPERCILIO D. LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSE		
Parecer	Data de Resposta:	

Déborah Nóbrega
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM 11815





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

Parecer Médico

Nome DANIEL BRAZ	Idade 20A 10M 11D	Prontuário 92887
Boletim de Atendimento 1170097	Data de Entrada 12/06/2019 01:05:36	Data Internação 13min
Convênio SUS	Leito Leito	Clínica CLINICA MEDICA
Parecer médico		
Especialidade ORTOPEDIA	Profissional	
Motivo da solicitação PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM RELATO DE TER SIDO ENCONTRADO AO SOLO APOS QUEDA, ALCOOLIZADO. APRESENTA EQUIMOSE EM REGIÃO PERIORBITAL D., FERIMENTO CORTOCONTUSO EM SUPERCILIO DIREITO. REFERE DOR EM MSE E HTX D. NEGA DISPNEIA.	Data da Solicitação: 12/06/2019 01:18:40	
AO EXAME.: BEG; AAA; LOET; EUPNEICO A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, SEM DEFORMIDADES CERVICais, MOVIMENTA ATIVAMENTE O PESCOÇO SEM QUEIXAS DE CERVICALGIA; B: RESPIRA ESPONTANEAMENTE EM AR AMBIENTE. EXPANSIBILIDADE PRESERVADA BILATERALMENTE, AUSÊNCIA DE CREPITAÇÃO A PALPAÇÃO; C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, EXTREMIDADES QUENTES E BEM PERFUNDIDAS, ABDOME FLÁCIDO, INDOLOR E SEM SINAIS DE PERITONITE; PELVE ESTÁVEL; AUSÊNCIA DE FERIMENTOS COM SANGRAMENTO IMPORTANTE; D: ECG-P: 14; E: EQUIMOSE EM REGIAO PERIORBITARIA DIREITA, LACERAÇÃO EM SUPERCILIO D. LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MSE		
Parecer	Data de Resposta:	

Déborah Nobreza
Médica Residente
Geriatria Geral
ERM 11815





Atendimento: 201932144120

Paciente: DANIEL BRAZ

Data Nasc: 01/08/1998 - 20 anos

Data Exame: 12/06/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.
Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 12/06/2019 09:57.

Dra. Catarina A.R do Nascimento
CRM: 6278 - PB





Cruz Vermelha Brasileira
Sociedade Humanitária e Neutra



GOVERNO
DA PARAÍBA

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DANIEL BRAZ	Nº Boletim Emergência 1170097	Prontuário 92887
Data de 01/08/1998		
Material a examinar		

Data Prescrição: 12/06/2019 01:19:56
--

TOMOGRAFIA	
IPQ	12/06/19
DATA	12/06/19
ORA	22:00
USINE TEC RAD: _____	
ASS.: Débora P. Resende Dentista Presidente Medicina Geral CRM 11815	

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

12/06/19
12/06/19
12/06/19

Requerente nus
colaborador c/ o exame

Reimprescado por: _____
data: -

Assinatura e Carimbo do Profissional
(Apenas os documentos assinados e carimbados são considerados válidos)





Atendimento: 201932144120

Paciente: DANIEL BRAZ

Data Nasc: 01/08/1998 - 20 anos

Data Exame: 12/06/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

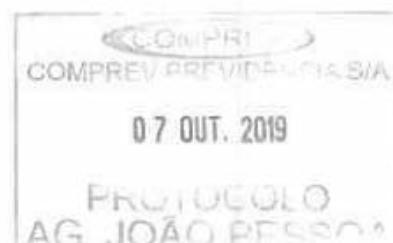
Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 12/06/2019 09:57.

Dra. Catarina A.R do Nascimento
CRM: 6278 - PB





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 15:38:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052615382129400000041527329>
Número do documento: 21052615382129400000041527329

Num. 43667825 - Pág. 24



COMPREV
COMERCIAL DEVIDÊNCIA S/A
07 OUT. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190571017**

Nome do(a) Examinado(a): **DANIEL BRAZ**

Endereço do(a) Examinado(a):

AV MIN JOSE AMERICO DE ALMEIDA, SN - Miramar - João Pessoa - PB - CEP 58032-090

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**MTE /PB**] **5009154**

Data e local do acidente: [**12/06/2019**]

Rodovia Estadual Município de São Miguel de Taipu PB

Data e local do exame: [**21/10/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da Escápula Esquerda.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico apresenta hipotrofia muscular do ombro esquerdo, limitação de mobilidade do ombro esquerdo com perda de 90 graus de flexão e perda de 70 graus de abdução, déficit de força motora de graus médio do ombro esquerdo

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento conservador com imobilização gessada, por 60 dias, fez várias sessões de fisioterapia.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Apresenta limitação de mobilidade articular, hipotrofia muscular e déficit de força motora do ombro esquerdo.

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

ombro esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

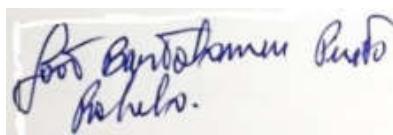
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



João Bartolomeu Pinto Rabelo - CRM: 4518 - PB



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETTRAN - PE			
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. IDENTIF.	ENTRADA	EXERCÍCIO
1	118.793.794-30	*****	2019
DANIEL			
ITAMBE			
131.583.794-30 PDE1379			
PLACANTE: NOME: ITAMBE-PE N° CHASSI: 9C2KD0810KR119277			
COMBUSTÍVEL: ALCO/ÁGOL			
MARCAS/MODELO: HONDA/NKR160 Bros ESDD ANO FAB.: 2019 ANO MFG.: 2019			
CAPACIDADE: 1.62CL CATEGORIA: PARTIC VERMELHA			
COTA ÚNICA: VEND. COTA ÚNICA VEND. COTA			
IPVA 2019 QUITADO			
PARCELAMENTO/COTAS: 2 ^a 3 ^a 4 ^a			
MOTOTARIADO (R\$) IOP (R\$) PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) DATA DE PAGAMENTO			
11 0,32 04,58 12/04/19			
OBSERVAÇÕES: FID. BANCO HONDA SA			
Data: 15/04/19			
IMB-PE			
COMPRA DE CUMPRIMENTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL			
ESTADO: PERNAMBUCO			
MUNICÍPIO: ITAMBE			
CNPJ: 09.248.608/0001-04			
PE N° 014667071342 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
ITAMBE-PE			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 15/04/19			
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	PDE1379
1197932031	HONDA / NKR160 Bros ESDD	Nº CHASSI	9C2KD0810KR119277
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FMS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
26,09	4,01	30,06	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	TOTAL PAGO (R\$)	
4,13	0,32	4,45	
PAGAMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELA			
DATA DE QUITAÇÃO: 12/04/19			
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 09.248.608/0001-04			
ESTADO: PERNAMBUCO			
MUNICÍPIO: ITAMBE			
CNPJ: 09.248.608/0001-04			



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571017 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL BRAZ **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da escápula esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta hipotrofia muscular do ombro esquerdo, limitação de mobilidade do ombro esquerdo com perda de 90 graus de flexão e perda de 70 graus de abdução, déficit de força motora de grau médio do ombro esquerdo

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador com imobilização gessada por 60 dias, fez várias sessões de fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/10/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571017 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL BRAZ **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da escápula esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta hipotrofia muscular do ombro esquerdo, limitação de mobilidade do ombro esquerdo com perda de 90 graus de flexão e perda de 70 graus de abdução, déficit de força motora de grau médio do ombro esquerdo

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador com imobilização gessada por 60 dias, fez várias sessões de fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/10/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571017 Cidade: São Miguel de Taipu Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL BRAZ Data do acidente: 12/06/2019 Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM EQUIMOSE EM REGIÃO PERIORBITAL À DIREITA E TRAUMA CORTO CONTUSO NO SUPERCÍLIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO PG 11: "LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MSE." SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190571017 Cidade: São Miguel de Taipu Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: DANIEL BRAZ Data do acidente: 12/06/2019 Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM EQUIMOSE EM REGIÃO PERIORBITAL À DIREITA E TRAUMA CORTO CONTUSO NO SUPERCÍLIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EVOLUÇÃO PG 11: "LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO MSE." SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0347478/19

Vítima: DANIEL BRAZ

CPF: 131.583.794-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/06/2019

Titular do CPF: DANIEL BRAZ

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DANIEL BRAZ : 131.583.794-30

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/10/2019
Nome: DANIEL BRAZ
CPF: 131.583.794-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

DANIEL BRAZ

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 15:38:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052615382129400000041527329>
Número do documento: 21052615382129400000041527329

Num. 43667825 - Pág. 33