



Número: **0839501-47.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/08/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SILVA (AUTOR)		PAULO ROBERTO DA SILVA ROLIM (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34663711	23/09/2020 14:40	2750727_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200078373

Vítima: MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 19/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15530564

Pag. 00727/00728 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 21 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200078373

Vítima: MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 19/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SILVA

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

Pag. 00261/00262 - carta_02 - INVALIDEZ

00070131



Carta nº 15547177



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2020 14:40:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092314404364700000033140452>

Número do documento: 20092314404364700000033140452

Num. 34663711 - 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, 06 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200078373

Vítima: MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SILVA

Data do Acidente: 19/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00485/00486 - carta_07 - INVALIDEZ

00020243



Carta nº 15589370



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 304.238.064-11 Nome completo da vítima: Matheus Washington dos Santos Silva

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

Nome completo: Matheus Washington dos Santos Silva CPF: 304.238.064-11

Profissão: Comercante Endereço: Av. João Maria de Araújo Número: 499 Complemento: _____

Bairro: Grammaire Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 99811-5088

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3484 CONTA: 41349 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Matheus Washington dos Santos Silva

(*) 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.**

FPS.001 V001/2018





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01627.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01627.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:26 horas do dia 11 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Matheus Washington dos Santos Silva**, CPF nº 107.238.064-11, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Comerciante, filho(a) de Rizangela Melo dos Santos Silva e José Inácio da Silva Filho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/09/1996 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Maria de Araújo, Nº 497, complemento CASA, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Açougue Fenix, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99669-3273.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rua João Maria de Araújo, nº 497, Casa, Açougue Fenix, João Pessoa/PB, bairro Barra de Gramame; Tipo do Local: outros; Data/Hora: 19/11/19 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303, § 1º da Lei 9.503/97 (Praticar lesão corporal culposa - Aumento de Pena).

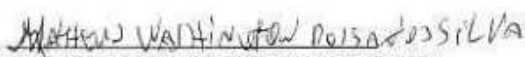
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante relata que trafegava com a motocicleta de Placa: NQD5900 Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: DAFRA/SPEED 150 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA Ano de Fabricação: 2009 Ano Modelo: 2010 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: VERMELHA Vencimento Licenciamento: 29/12/2020 Observação:chassi: 95VGA2E59AM000730 Município: JOAO PESSOA Situação: EM CIRCULAÇÃO;QUE seguia em sua mão, quando um motoqueiro que vinha em sua direção, entrou a esquerda sem se quer sinalizar e terminou por o notificante colidir com o condutor da outra moto, que não sabe especificar marca e modelo;que devido ao impacto foi jogado ao chão;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0021/2020 EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 06/01/2020, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 11 de fevereiro de 2020.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01627.01.2020.1.00.401



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 304.238.064-11 Nome completo da vítima: Matheus Washington dos Santos Silva

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

Nome completo: Matheus Washington dos Santos Silva CPF: 304.238.064-11

Profissão: Comercante Endereço: Av. João Maria de Araújo Número: 499 Complemento: _____

Bairro: Grammaire Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 99811-5088

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3484 CONTA: 41349 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Matheus Washington dos Santos Silva

(*) 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.**

FPS.001 V001/2018



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

Ficha Nr: 280260 Atd: Nao Regula
Data: 19/11/2019
Hora: 13:34:09
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE A
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 107.238.064-11 Num. Prontuario: 2019.11.002245
CNS: 706808252611229 Sexo: M IDENTIDADE: 3635542 Fone: 98462346
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/09/1996 Id: 23 ano(s)
End.: RUA JOAO MARINHO DE ARAUJO, 497
Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: RIZANGELA MELO DOS SANTOS SILVA Pai: JOSE INACIO DA SILVA FILHO

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 98462346 / IDENTIDADE: 3635542

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

FATURADO
VISTO

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispineia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

COLISAO MOTO X MOTO, NEGA VOMITO (SIC)

PCT ALERGICO A DIPIRONA (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)
PACIENTE VITIMA COLISAO MOTO X MOTO, BEB, FUMADOR, ORIENTADO, REFERINDO DOR EM FURTO DIRETO, COLUMNA CERVICAL
ESCALA DE DOR: NIE.

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Dipirona 500mg
VOLTAÇÃO 753 500mg

Dr Igor Nunes de Souza
MEDICO
CRM-5858 PB



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 038.092.182



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 19.015.823-4

DADOS DO CLIENTE

RIZANGELA MELO DOS SANTOS SILVA
AV JOAO MARIA DE ARAUJO 437
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1819535-4

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

27/01/2020

CONSUMO

172

VENCIMENTO

03/02/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 118,91

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 08349.611171 5 81540000011891

Pagador: RIZANGELA MELO DOS SANTOS SILVA CNPJ/CPF: 031.079.434-01

AV JOAO MARIA DE ARAUJO 437 - GRAMAME - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440006349611	001819535202001	03/02/2020	R\$ 118,91	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



(83) 99811-5088



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/09/2020 14:40:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092314404364700000033140452>

Número do documento: 20092314404364700000033140452

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evol

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐
☐ Alta a Pedido ☐ Enfermaria Óbito: ☐ Atestado ☐

[Assinatura]

Assinatura e



SPECIALIDADES

- Alergologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Mastologia
- Neurologia
- Nefrologia
- Nutrição
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Psicologia
- Proctologia
- Reumatologia
- Urologia



matheus washington dos santos filis

Leuc

Paciente BRANCO, do
cid. 7922-125.8, do
ALBINO, INTERCUTÂNEO,
UM LESÃO DE 5 CM DE
DIÂMETRO NO BEMTO DIREI-
TO, EXTENSO E FLEXO,
INCLINADO DE 45 GRAUS,
EM SUP. INTERCUTÂNEO EM
SUA LÍNEA LATERAL.

11
2
20

* O Paciente terá direito a um retorno no período de até 15 dias úteis a partir da consulta.

Dr. Djailma Bento F. Junior
CRM - PB 3874

Rua Francisco Manoel, S/N - Jaguaribe
João Pessoa/PB - Tel: (83) 3612.1000





CERTIDÃO

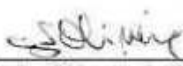
Nº. 0021/2020

Atendendo solicitação de **MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty certifica a constatação de Ficha Atendimento Nº280260 pertencente ao requerente que foi atendido dia 19/11/2019 às 13H34min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em punho direito e coluna cervical, e escoriações em membro superior esquerdo e inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame médico que não evidenciou fratura. Feito curativo e liberado.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 06 de janeiro de 2020


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evol

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐
☐ Alta a Pedido ☐ Enfermaria Óbito: ☐ Atestado ☐

[Assinatura]

Assinatura e



SPECIALIDADES

- Alergologia
- Angiologia
- Cardiologia
- Cirurgia Geral
- Clínica Médica
- Dermatologia
- Endocrinologia
- Geriatria
- Ginecologia
- Mastologia
- Neurologia
- Nefrologia
- Nutrição
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Pediatria
- Pneumologia
- Psicologia
- Proctologia
- Reumatologia
- Urologia



matheus washington dos santos filis

Leuc

Paciente BRANCO, do
cid. 7922-125.8, do
ALCANTARA, nascido em
04/08/1980, filho de
MARCOS e SÔNIA, residente
em, EXTREMA, FLORESTA,
em 507, INTERMUNICIPAIS,
em LINDA OLÍMPIA.

11
2
20

* O Paciente terá direito a um retorno no período de até 15 dias úteis a partir da consulta.

Rua Francisco Manoel, S/N - Jaguaribe
João Pessoa/PB - Tel: (83) 3612.1000

Dr. Djailma Bento F. Junior
CRM - PB 38874





CERTIDÃO

Nº. 0021/2020

Atendendo solicitação de **MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty certifica a constatação de Ficha Atendimento Nº280260 pertencente ao requerente que foi atendido dia 19/11/2019 às 13H34min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em punho direito e coluna cervical, e escoriações em membro superior esquerdo e inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame médico que não evidenciou fratura. Feito curativo e liberado.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 06 de janeiro de 2020


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **3.635.542** **-2 VIA** **DATA DE EXPEDIÇÃO** **01/08/2018**

NOME **MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SILVA**

FILIAÇÃO **JOSÉ INÁCIO DA SILVA FILHO**
RIZANGELA MELO DOS SANTOS SILVA

NATURALIDADE **JOÃO PESSOA-PB**

DATA DE NASCIMENTO **18/09/1996**

DOC ORIGEM **NASC.N.5149 FLS.84 LIV.A-06**
CARTORIO JOÃO PESSOA-PB

CPF **107.238.064-11**

João Pessoa - PB

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Acidino Pereira Furtado
18/08/2018
CPF: 00000000000

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Nº 01578

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM PRT 20180000230248-2 EXERCÍCIO

1 0018325691-3 00/00000000 2017

NOME
JOSE HUMBERTO DA SILVA CAVALCANTE

CPF / CNPJ PLACA

58042920482 NOD5900/PB

PLACA ANT / UF CHASSI

NOVO PB 95VGA2E59AM000730

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.

RAFA/SPEED 150 2009 2010

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE

2. P/150 /GT PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC / COTAS

1º 00/00/0000 1º 000/00

2º 000/00

3º

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

A ***** 0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 01/06/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL DATA

JOAO PESSOA-PB 04/06/2018

AUTENTICAÇÃO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200078373 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 19/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO EM PUNHO DIREITO E EM COLUNA CERVICAL (RAIO-X: SEM FRATURAS). ESCORIAÇÕES EM MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDOS.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO VÍTIMA COM DISCRETA LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO DIREITO. MOVIMENTOS PRESERVADOS DA COLUNA CERVICAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR COM CURATIVO LOCAL EM PUNHO DIREITO E IMOBILIZAÇÃO, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES. REFERE NÃO TER REALIZADO FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data do exame físico: 04/03/2020

Conduta mantida:

Observações: Recomendamos nova avaliação médica em 45 dias.

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: 3200078373 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 19/11/2019 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DO PUNHO DIREITO E DA COLUNA CERVICAL
ESCORIAÇÕES

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA
P3

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X@P2
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0063423/20

Vítima: MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SI

CPF: 107.238.064-11

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 19/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MATHEUS WASHINGTON
DOS SANTOS SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SILVA : 107.238.064-11

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/02/2020
Nome: MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SILVA
CPF: 107.238.064-11

MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



**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: **3200078373**

Nome do(a) Examinado(a): **MATHEUS WASHINGTON DOS SANTOS SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Avenida Maria de Araujo, 497 - João Pessoa - PB - CEP 58010-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3635542**

Data e local do acidente: [**19/11/2019**] **VIA PÚBLICA - JOÃO PESSOA-PB**

Data e local do exame: [**04/03/2020**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMATISMO EM PUNHO DIREITO E EM COLUMNA CERVICAL (RAIO-X: SEM FRATURAS). ESCORIAÇÕES EM MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDOS.

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

AO EXAME FÍSICO VÍTIMA COM DISCRETA LIMITAÇÃO DA FLEXO-EXTENSÃO DO PUNHO DIREITO. MOVIMENTOS PRESERVADOS DA COLUMNA CERVICAL.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

TRATAMENTO CONSERVADOR COM CURATIVO LOCAL EM PUNHO DIREITO E IMOBILIZAÇÃO, EVOLUINDO SEM COMPLICAÇÕES. REFERE NÃO TER REALIZADO FISIOTERAPIA.

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

[☐] Sim [☒] Não

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

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 45 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):

% 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.



Joao Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

