



Número: **0802873-13.2020.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **10/09/2020**

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	
JOSE JOACILDO DE LIMA (AUTOR)		HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO JUNIOR (ADVOGADO) DIEGO MARTINS DINIZ (ADVOGADO) HILDEBRANDO DINIZ ARAUJO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40748 202	17/03/2021 11:53	<a href="#">Petição</a>	Petição
40748 205	17/03/2021 11:53	<a href="#">2753406_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
40748 206	17/03/2021 11:53	<a href="#">2753406_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200251756

Vítima: JOSE JOACILDO DE LIMA

Data do Acidente: 08/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE JOACILDO DE LIMA

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,

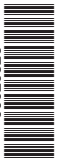
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15949904

Pag. 01057/01058 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020529





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

Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200251756

Vítima: JOSE JOACILDO DE LIMA

Data do Acidente: 08/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JOSE JOACILDO DE LIMA

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. 01029/01030 - carta\_07 - INVALIDEZ

00040515



Carta nº 15956691





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA  
Nº 046548.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 046548.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 17:12 min do dia 14/07/2020, na Delegacia Online, **JOSÉ JOACILDO DE LIMA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Agente Funerário, natural de Bom Sucesso, nascido(a) em 18/09/1992, idade 27, estado civil Casado (a), de cor Branca, filho(a) de **MARIA DO CÉU PEREIRA DOS SANTOS** e **JOSE JOACY DE LIMA**, CPF 101.871.094-94, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Macilon Cavalcante, nº 588, bairro São Paulo, na cidade de Catolé do Rocha/PB, CEP: 58840000, telefone(s) (83) 99813-1146, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 08/07/2020 16:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Outro; Local do Fato: Rua Benjamim Constant, Tabajara, Catolé do Rocha/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que sofreu um acidente de moto no dia 08/07/2020 por volta das 16 horas da tarde; que um carro a sua frente fez uma manobra brusca à esquerda sem sinalizar; que acabou se chocando com a lateral do carro; que foi jogado ao chão; que ficou em gritos com dores; que transeuntes chamaram o SAMU que fez o resgate; que foi levado para o Hospital Regional de Catolé do Rocha; que lá foram feitos os primeiros procedimentos; que após o Raio X foi identificada uma fratura da clavícula direita; que foi medicado, foi imobilizado o braço e ficou em observação; que estava de capacete e possui CNH AB; que a moto é em nome de seu Pai e está regular; que na hora do acidente estava indo comprar uma peça de um carro funerário a mando de seu empregador; que não conhece o motorista do veículo, pois não o viu mais após ser levado pelo SAMU.

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

*João José de Lima*  
JOSE JOACILDO DE LIMA

C131D6BD14A0500239295A8A2A3ADB2C  
Código de Controle



**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, José Jacildo de Lima, portador da carteira de identidade nº 3726330 e inscrito no CPF/MF sob o nº 001.375.094-94, residente e domiciliado na Rua Macken Cavalcante, n.º 588, Cidade Catolândia - Bahia, Estado Paraná, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante

conforme documento de identificação

Catolândia - Bahia, 15 de julho de 2020

Local e data





FRANCINEIDE GUEDES BEZERRA  
RUA MACILON CAVALCANTE, 568 - LOT. SAO PAULO  
CA. "OLE DO ROCHA" / P. CEP: 58894-010 (AG. 245)

CPF/CNPJ/RANI: 101.119.554-24

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1  
Classe: RES.MTCB1 / Subclasse: RESIDENCIAL  
Ligação: MONOFÁSICO  
Rotário: 2 - 245 - 130 - 5345 Nº Medidor: 00008871827



CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00017070087

**VALOR DA FATURA**  
**R\$ 76,42**



**VENCIMENTO**  
**13/07/2020**

**REFERÊNCIA**  
**Jul / 2020**



**CONSUMO**  
**89kWh**

2,78 kWh  
MÉDIA DIÁRIA

#### SITUAÇÃO DE DÉBITOS

#### DESCRIPTIVO

CD	Descrição	Quant	Tarifa / Tributos	Valor Base Calc. Total (R\$)	Alíq. ICMS (R\$)	ICMS Base Calc. (R\$)	PIS/COFINS (R\$)	PIS/COFINS (R\$)
0601	Consumo em kWh	89	0,788810	70,18	25	17,54	70,18	0,73
0607	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			7,49	0	0,00	0,00	0,00
0608	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			-1,25	0	0,00	0,00	0,00
	BÔNUS ITAIPUL 10438/2002.12/2019							

**TOTAL** 76,42 70,18 17,54 70,18 0,73 3,36



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/03/2021 11:53:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031711535205000000038806917>

Número do documento: 21031711535205000000038806917



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR:  
Ocorrência

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 05807

DATA	08/07/2005	OCCORRÊNCIA	0038	AGENTE (NÚMERO)	104	INSCRIÇÃO	17	SEXO	<input checked="" type="checkbox"/> FEM	16.20	
LOCAL DA OCORRÊNCIA	Rua Defensor Camargo			BARRIO	Centro			MÉDICO REGULADOR			
APÓIO NO LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> RESGATADOR	<input type="checkbox"/> RESGATADO	<input type="checkbox"/> OPTIMAR	<input type="checkbox"/> SITRANS	<input type="checkbox"/> OUTRO	MÉDICO REGULADOR			
QTA.	<input type="checkbox"/> SOCORRIDA POR TERCEIROS	<input type="checkbox"/> SOCORRIDA POR AGENTE	<input type="checkbox"/> SOCORRIDA POR BOMBEIRO	<input type="checkbox"/> SOCORRIDA POR OUTRO							

## TIPO DE AGRAVO

<input type="checkbox"/> AGENTE DE TRANSITO	<input type="checkbox"/> PEDIATRO
<input type="checkbox"/> AGRESSAO	<input type="checkbox"/> PROCTOLOGICO
<input type="checkbox"/> CLINICO	<input type="checkbox"/> QUASE AGENDAMENTO AGENDAMENTO
<input type="checkbox"/> DEBILITAMENTO DEBILITAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA
<input type="checkbox"/> ELETROCOISSAO	<input type="checkbox"/> QUEMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.V. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTETRICO	
<input type="checkbox"/> LESOES TECNICAS	

## ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> LACOS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> JAVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> GRUPEMAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> AFERTENÇÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> TRATAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DANTEDES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

**DESTINO DO PACIENTE:**

SERVIÇO MÉDICO: HRCR RESPONSÁVEL: [Assinatura] FUNÇÃO: Coordenador

## MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO: \_\_\_\_\_

## TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

## EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Suspeito de patina de Clavícula D. + Cravate

### DADOS VITAIS

VIAVA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >10ppm ☒ 30ppm / FULSIO RADICAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PMS: ☒ 90cm Hg ☐ 100cm Hg

PA: 130x90 FC: 92 FR: 18 TEMP: - °C GLICEMIA: 99 mg/dl E. Com n. 15 SpO2: 98 SpO2: 92 —

#### SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:</b>	<input type="checkbox"/> Peritúo Tisular Carilopulmonar Ineficaz
<input type="checkbox"/> Ansiedade	<input type="checkbox"/> Peritúo Tisular Gastrointestinal Ineficaz
<input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída	<input type="checkbox"/> Peritúo Tisular Renal Ineficaz
<input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada	<input type="checkbox"/> Termorregulação Ineficaz
<input type="checkbox"/> Confusão Aguda	<input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada
<input type="checkbox"/> Desmaturação Prejudicada	<input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada
<input type="checkbox"/> Débito Cardíaco Diminuído	<input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Deficiente
<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos
<input type="checkbox"/> Constipação	<input type="checkbox"/> Retenção Umídida
<input type="checkbox"/> Incôntinência Intestinal	<input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Perturbada
<input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada	<input type="checkbox"/> Integração Social Prejudicada
<input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz	
<input type="checkbox"/> Outros:	

## INTERVENÇÕES

SSUV + AUD Comm SRL + Teropda Hedecamentosa (Diperano)

### EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

+ARD) Imunossupressão

**EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:**  
Paciente consciente, orientado, vitima de colúnia mista x

Caso, com respeito do plano de cuidados D. Os Cuidados  
Real a vítima foi estável sentada e foi levada até o copo de  
pedra de intervenção por regulado medida e encaminhado ao HUK.



**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

01 Soro Ringer lactado 01 AFD  
01 Jaleco 02 Aodores  
01 Equipa  
01 Diquena

**E.C.G.**

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☒ NÃO REALIZADO

**EXAME NEUROLÓGICO**

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

**EXAME GINECO-OBSTETRICO**

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL ☐ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO  
☐ OUTROS:

**DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS**

**DIAGNÓSTICOS**

**PROCEDIMENTOS**

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS  
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - AMBU)  
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA  
☐ CRICOTIREOSTOMIA  
☐ CÂNULA OROFARÍNGEA  
☐ INTUBAÇÃO NASOOROTRAQUEAL  
☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA  
☐ OUTROS

**TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)**

01 SCL  
01 Dipirona + A.D.G.U.

**EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)**

**ENCAMINHAMENTO**

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO  
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

**POSIÇÃO DE TRANSPORTE**

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☒ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABEÇA (CABEÇA)

**RECUSA**

NOME \_\_\_\_\_ R.G. \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE**

MÉDICO \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ MAT. \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A): Mirabel Rafael de Lima COREN 366.353 MAT. COREN 148

AUX. TÉCNICO DE ENFERM. \_\_\_\_\_

COREN \_\_\_\_\_ MAT. \_\_\_\_\_

CONDUTOR Vioja

COREN \_\_\_\_\_ MAT. \_\_\_\_\_



BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PRONTO SOCORRO

43

SERVIDOR RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO JAQUIRUA DE O. LIMA		DATA 08/07/2020		HORA 16:51:01		NÚMERO DO ATENDIMENTO 114171	
<b>1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>							
NOME JOSE JOACILDO DE LIMA		ID 10187109494		CARTÃO SUS		IDADE 27	
CPF 10187109494		ESTADO CIVIL CASADO(A)		NATURALIDADE BOM SUCESSO - PB		SEXO M	
NOME DA MÃE MARIA DO CEU PEREIRA		NOME DO PAI		NÚMERO		PARCELA	
ENDEREÇO RUA MACILON CAVALCANTE		Cidade CATOLÉ DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504308		Bairro SAO PAULO		NÚMERO	
CEP 58884-000		FORMA DE CHEGADA AO ATENDIMENTO		TELEFONE (83)9606-3639		NÚMERO	
<input type="radio"/> ESPONTÂNEA <input type="radio"/> CORPO DE BOMBEIRO <input type="radio"/> POLÍCIA MILITAR <input type="radio"/> AMBULÂNCIA/MUNICÍPIO <input checked="" type="radio"/> SAMU <input type="radio"/> OUTRO							
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL <i>X Francisco Guedes Bezerra</i>							
<b>2 - SINAIS VITAIS</b>							
PA	FC	PR	TEMP AXILAR	SPO2	GLICEMIA	mg/dl	
120x80 mmHg	89	bpm	37,5	99	%		
<b>3 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO</b>							
VERMELHO		AMARELO		VERDE		AZUL	
AO		RV		RM		AP	
TOTAL		1		2		3	
4		5		6		7	
8		9		10			
HISTÓRIA BREVE							
COMORBIDADES							
REVALUAÇÃO							
HORA							
ENFERMEIRO PLANTONISTA / COREN							
<b>4 - ANAMNESE / EXAMES FÍSICOS</b>							
Paciente vítima de acidente de moto, dan entrada no serviço querando-se de dor no ombro direito, apresenta leve contusão pós trauma.							
DIAGNÓSTICO INICIAL							
<b>5 - SERVIÇOS REALIZADO (FATURAMENTO)</b>							
0301060029		2		3			

**6 - EXAMES SOLICITADOS**

<input type="checkbox"/> HEMOGRAMA+PLAQUETAS	<input type="checkbox"/> TGO + TGP	<input type="checkbox"/> PCR
<input type="checkbox"/> UREIA + CREATINA	<input type="checkbox"/> CKMB + CPK	<input type="checkbox"/> ELECTROCARDIOGRAMA
<input type="checkbox"/> GLUCEMIA	<input type="checkbox"/> TRAPONINA	<input checked="" type="checkbox"/> RAO X de tórax De E
<input type="checkbox"/> AMILASE	<input type="checkbox"/> EAS	<input type="checkbox"/> TOMOGRAFIA
<input type="checkbox"/> OUTROS:		

---

**7 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

<input type="checkbox"/> SUTURA-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> SONDA VESICAL-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> RET CORP ESTRA-TOTAL _____
<input type="checkbox"/> SNG/SNE-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> LAVAG GÁSTRICA-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> DRENAG ABCESSO-TOTAL _____
<input type="checkbox"/> PARACENTESE-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> NEBULINALIÇÃO-TOTAL _____	<input type="checkbox"/> CURATIVO SIMPLES-TOTAL _____
<input type="checkbox"/> OUTROS DESCRIÇÃO: _____		

---

**8 - ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE**

<input type="checkbox"/> INTERNAMENTO-SETOR _____	<input type="checkbox"/> ESPECIALID. MÉDICA _____
---	---

---

**9 - PRESCRIÇÃO MÉDICA**

(1) Dexametasona + AD EV (OU) ampicila 1g/10  
(2) farnace 100 mg + 100 ml SF0,9% . EV. 12/10

Dr. Eduardo Borges da Silva

---

**MÉDICOMENTO FARMÁCIA COM.**

**10 - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**  
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	SIGNOS / SINTOMAS	AVALIAÇÃO DE ENFERMEIRO	ASSINATURA / CARIMBO
08/07/2010		Paciente em estado grave, com sinais vitais instáveis e alterações no nível de consciência. Necessita de suporte vital e monitorização rigorosa.	[Assinatura]	
08/07/2010		Continuação do tratamento intensivo. Paciente permanece crítico.	[Assinatura]	

---

**11 - ACOMPANHAMENTO DE SINAIIS VITAIS**

DATA	HORA	TEMP	FREQ	PA	DIET	ASSINATURA/CARIMBO

---

**12 - CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO/Destino DO PACIENTE**

MOTIVO SAÍDA	UNIDADE DE DESTINO	CIDADE	DATA	HORA
<input type="checkbox"/> ALTA MÉDICA				
<input type="checkbox"/> EVAÇÃO				
<input type="checkbox"/> RECUSA DO TRATAMENTO				

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/03/2021 11:53:52

Número do documento: 2103171153520500000038806917

### Declaração

**DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, JOSÉ JOACILDO DE LIMA, RG: 3.726.110 SSP/PB, Residente e domiciliado na Rua Macilon Cavalcante - nº 588 - Loteamento: São Paulo – Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Eduardo Jorge V. de Araújo - CRM/12094, no dia 08 de julho de 2020. Deu entrada na Urgência e Emergência, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto. Foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida ficando em observação.**

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Bruno R. Clea de Oliveira  
Diretor Geral

Thaiz Clea de Oliveira Medeiros

Diretor Geral

Mat. 188.655-0

Catolé do Rocha – PB, 13 de julho de 2020.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB Nº 015456360849  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. REG. EXERCÍCIO  
1 0086903529-0 00/00000000 2019

NOME  
JOSE JOACY DE LUNA

CPF / CNPJ PLACA  
40031802320 MOU8829/PB

PLACA ANT. / UF CHASSI  
NOVO PB 9C2KD03106R001048

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/NXR150 BROS ESD 2005 2006

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2 P/149 /CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
00/00/0000 1º

FAIXA I.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS  
A \*\*\*\*\* 0 2º  
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 13/11/2019

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL DATA  
CATOLE DO ROCHA-PB 29/11/2019

31623 19763

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 015456360849 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 DATA EMISSÃO  
2019 29/11/2019

VIA CPF / CNPJ PLACA  
1 40031802320 MOU8829/PB

RENAVAM MARCA / MODELO  
00869035290 HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB. CATEG. Nº CHASSI  
2005 9 9C2KD03106R001048

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
\*\*\*\*\* \*\*\*\*\* \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELA SEGURADORA (R\$)  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE COTAÇÃO  
S COTA ÚNICA PARCELADO 13/11/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.608/0001-04

19763-0843005-20191129



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de Direito, que

*José Francisco de Lira*

encontra-se com

CID *S42.0*, necessitando ausentar-se de suas atividades

profissionais, por um período de

*45 (quarenta e cinco)*

*dias*, a partir desta data.

*08/02/20*

Dr. Daniel B. Cavalcante  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9248

Médico CRM - Carimbro



**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**

**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO COMPLETO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_

Paciente: Acir de Lima  
Endereço: Quilombo do Boque - P.B.  
Prescrição: Quilombo do Boque - P.B.  
Tramadolol 50mg - 60 cc.  
180mg de 800h, 2x dia.

\_\_\_\_\_

Dr. Eduardo Jorge V. de Araújo

Data: 20/03/2020

CRM/PB: 12054

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_  
IDENT.: \_\_\_\_\_ ÓRG. EMISSOR: \_\_\_\_\_  
END.: \_\_\_\_\_  
CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
TELEFONE: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

DATA: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE





Sr.(a)

*José Tomédo*

== RECEITUÁRIO ==

*Solício ?*

*Inobilização por claudicação  
(inobilização e 8)*

*09/04/20*

*Dr. Daniel B. Cavalcante*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*CRM-PB 9248*

Médico - CRM - Carimbro



Sr.(a)

Tere Tueldo

RECEITUÁRIO

Fx Clavícula

ttto Conservador

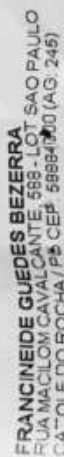
Retorno

23/07/20

Dr. Daniel B. Cavalcante  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 9248

Médico - CRM - Carimbro





119.554-24

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1  
 Classe: RES MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL  
 Licença: MONOFÁSICO  
 Pot. B1: 2 - 245 - 130 - 5345      Nº Medidor: 00009871827



UNIDADE COTIDIANA (ORA) (°C)  
5/1707008-7

00017070087



**VALOR DA FATURA**  
**R\$ 76,42**



**VENCIMENTO**  
**13/07/2020**



REFERÊNCIA  
Jul / 2020



CONSUMO  
89kWh

2,78 kWh  
MEDIA DIA

## SITUAÇÃO DE DÉBITOS

## DESCRIPTIVO

Cód	Descrição	Quant	Tarifa e/ Tributos	Valor Base Calc		ICMS		ICMS Base Calc (R\$)	PIS/Confins (R\$)	
				Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)		PIS/Confins (R\$)	PIS/Confins (R\$)
0601	Consumo em kWh	89	0,788610	70,18	70,18	25	17,54	70,18	0,73	3,36
0807	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			7,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
2999	BÔNUS TAIPULE 10438/2002 12/2019			-1,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200251756 **Cidade:** Catingueira **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE JOACILDO DE LIMA **Data do acidente:** 08/07/2020 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 17/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO DO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR, EM TRATAMENTO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Em tratamento

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** DOC PÁG. 01 05 //  
DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA  
ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ  
PERMANENTE.  
CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA.

**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



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0198500/20

**Vítima:** JOSE JOACILDO DE LIMA

**Data do acidente:** 08/07/2020

**CPF:** 101.871.094-94

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE JOACILDO DE LIMA

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**JOSE JOACILDO DE LIMA : 101.871.094-94**

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](http://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.





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

Processo n.º 08028731320208150141

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

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

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

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

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

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

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

**Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços**

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



na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

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

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

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CATOLE DO ROCHA, 15 de março de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

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

