



Número: **0845917-31.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
NILSON ELIAS DE SANTANA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41155 391	26/03/2021 11:14	<u>Petição</u>	Petição
41155 392	26/03/2021 11:14	<u>2759204_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
41155 393	26/03/2021 11:14	<u>2759204_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/03/2021 11:14:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103261114448300000039186346>
Número do documento: 2103261114448300000039186346

Num. 41155391 - 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, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200031750 **Vítima: NILSON ELIAS DE SANTANA**

Data do Acidente: 02/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), NILSON ELIAS DE SANTANA

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

Pag. 00413/00414 - carta_01 - INVALIDEZ



00020207

Carta nº 15401718



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/03/2021 11:14:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032611144570600000039186347>
Número do documento: 21032611144570600000039186347

Num. 41155392 - 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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200031750 **Vítima: NILSON ELIAS DE SANTANA**

Data do Acidente: 02/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), NILSON ELIAS DE SANTANA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: NILSON ELIAS DE SANTANA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000004823

Conta: 0000015428-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, 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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/03/2021 11:14:46

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA CARLES 20/03/2021 11:14:46
<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032611144570600000039186347>

Número do documento: 21032611144570600000039186347

Núm. 41155392 - Pág. 3





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/03/2021 11:14:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032611144570600000039186347>
Número do documento: 21032611144570600000039186347

Num. 41155392 - Pág. 4

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 14628.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14628.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 11:55 horas do dia 26 de dezembro 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Nilson Elias de Santana**, CPF nº 060.989.924-44, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Ledjane Cavalcanti de Oliveira e Neuza Elias de Santana, natural de Recife/PE, nascido(a) em 30/11/1978 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nossa Senhora da Paz, Nº 185 B, bairro Grotão, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98815-9139.

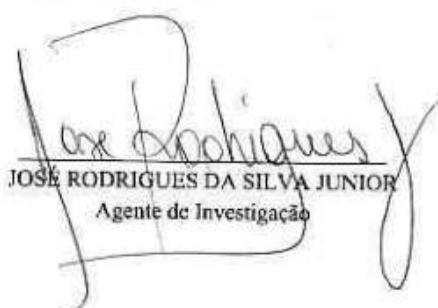
Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Perimetral Sul, Xx, João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/09/19 11:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

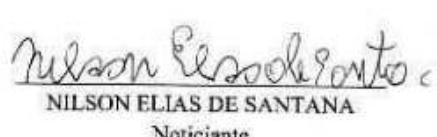
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 02/09/2019, POR VOLTA DAS 11:10, ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR PRETA, ANO 2011, PLACA MOS-6782/PB, CHASSI 9C2KC1680BR323532, NA AVENIDA PERIMETRAL SUL, GRAMAME, NESTA CAPITAL, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DA MOTOCICLETA ESTOOU, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA.

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.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 26 de dezembro de 2019.


NILSON ELIAS DE SANTANA
Noticiante

Procedimento Policial: 14628.01.2019.1.00.401

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASU		3 - CPF da vítima:		4 - Nome completo da vítima:	
		060.989.934-44		Nilson Elias de Santana	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012					
5 - Nome completo:		6 - CPF:		7 - Profissão:	
Nilson Elias de Santana		06098992444		Recurso	
8 - Endereço:		9 - Número:		10 - Complemento:	
Rua Glaura L 5 Alexandre		20		Bramanne	
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:	
Bramanne		João Pessoa		PB	
14 - CEP:		15 - E-mail:		16 - Telefones:	
				083486634900	
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"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 4823		CONTA: 35428		5	
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/Recémbozo 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, por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):					
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> 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 a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.					
23 - 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):		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 (viver nascido)? <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 Lider pagará, caso devidamente, 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 290 do Código Penal.					
34		35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido		38 - 1º Nome: _____	
Folha de rogo Assinatura Assinatura Assinatura Assinatura				CPF: _____	
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido				Assinatura da testemunha	
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido				39 - 2º Nome: _____	
Folha Pessoa - Pág 20/01/2020				CPF: _____	
40 - Local e Data,				Assinatura da testemunha	
Nilson Elias de Santana				41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
42 - Assinatura do Recuperador (caso houver)					

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/03/2021 11:14:46

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA CARLES 20/03/2021 11:14:46
<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032611144570600000039186347>

Número do documento: 21032611144570600000039186347

Núm. 41155392 - Pág. 6







PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08 806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 911/023, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2545927, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente NILSON ELIAS DE SANTANA Idade 41 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 02/09/2019, na Av. Perimetral Sul, Bairro: Gramame - João Pessoa - aproximadamente às 11:10 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 12 de Novembro de 2019.



Marina Travassos Lopes MTF 67 211-8
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



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: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NILSON ELIAS DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04823

CONTA: 000000015428-5

Nr. da Autenticação 856DF18CA133EE2C



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/03/2021 11:14:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032611144570600000039186347>
Número do documento: 21032611144570600000039186347

Num. 41155392 - Pág. 9



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 02 / 09 / 19	ID da Ocorrência: 2545927	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 07	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 11:10 Hs	Hora de Chegada no Local: 11:20 Hs	
Paciente / Usuário: <i>Victor elias de Sant'Anna</i>					Idade: 20	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Telefone:
Local da Ocorrência: <input checked="" type="checkbox"/> João Pessoa <input type="checkbox"/> Santa Rita <input type="checkbox"/> Bayeux <input type="checkbox"/> Cabedelo <input type="checkbox"/> Cande <input type="checkbox"/> Outro: <i>Logradouro: Rua 14 de Julho</i>							
				Bairro: <i>Guilherme</i>			Médico Regulador: <i>Philippe</i>
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três.							
Apóio no Local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> Outro:							
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:							
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento							
Destino (Unidade Hospitalar): <i>HCFMUSC</i>				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo):			

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo:	Hospital de Origem:
CAUSAS EXTERNAS:	ANTECEDENTES
<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input checked="" type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa Quais?

1. DADOS VITAIS	PA: _____ FC: <i>88</i>	FR: _____ HGT: _____	SpO2 - S/O2: <i>98.1</i>	SpO2 - C/O2: _____
-----------------	-------------------------	----------------------	--------------------------	--------------------

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA	
<p>SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:</p> <p>Diagnósticos de Enfermagem:</p> <p>Intervenções: <i>Protocolo de trauma</i></p> <p>Evolução do Enfermeiro:</p> <p><i>Victor elias de Sant'Anna, com sinais de lesão, escoriações em face e escoriação, maculopurpura, nega história de trauma, descreve ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA <i>314 b6 (E)</i>.</i></p> <p><i>Protocolo</i></p>	

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAS

NOME DO PACIENTE	NILSON ELIAS DE SANTANA
DATA DE NASCIMENTO	31/11/1978
NOME DA MÃE	LEDJANE CAVALCANTI DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.187.404
DATA DO ATENDIMENTO	02/09/19
HORA DO ATENDIMENTO	12:07
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDO
CID 10	

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com perda da consciência (sic). Dor em ombro esquerdo, consciente e orientado, com trauma na face area zigmática esquerda. Presença de luxação acromioclavicular esquerda. Após explicações do quadro do paciente, o mesmo optou por tratamento conservador.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro esquerdo

RX de torax

RX de braço esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Luxação acromioclavicular esquerda. Grau 3.

TRATAMENTO:

Conservador. Imobilização.

ALTA HOSPITALAR: 02/09/19

DATA DA EMISSÃO: 18/12/19

Dr. José de Almeida Braga

CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Identificação do paciente				
ID 1052148	Nome NILSON ELIAS DE SANTANA			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/12/1978	Idade 40 anos 9 meses 1 dia	Estado civil	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Celular 83	Celular 987532589			DDD 83
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 5604847			Nº Cns 898005124466881
Local de procedência GROTÃO				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade RECIFE			UF PB
CBO/R				
Endereço				
CEP 58079832	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CAMPINAS	
Número 53	Complemento RUA CARPINA	Bairro GROTÃO		
Admissão				
Data e Hora 02/09/2019 12:07:52	Número da pulseira 100007284051	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente RESIDENCIA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA 130 x 80	mmHg	P脉 P	Temperatura 99	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
<p>Paciente Ana Flávia Melo trazido ei fono, quando de motoe COREN-PB 416.190-ENF Consciência 100% dor em ombro (L) depe p/ exame Ana Flávia Melo COREN-PB 416.190-ENF</p>				
Diagnóstico				CID
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL				Tempo 37seg

[Imprimir](#)





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
NILSON ELIAS DE SANTANA	1187404	02/09/2019 12:07:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
01/12/1978	40a 9m 1d	Masculino	(83) 987532589
Mãe			Prontuário
LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA			
Endereço	Bairro	Município	UF
CAMPINAS, 53 - RUA CARPINA	GROTÃO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	CARLOS MAGALHAES FRANCA	3792/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
02/09/2019 12:07:52		02/09/2019 12:40:45	

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HÁ 2H, SEM RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, NÁUSEAS, AMNÉSIA PÉRVIAS, HEMITÓRAX ESQUERDO DOLOROSO À PALPAÇÃO, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM OMBRO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES EM FACE E MMII. ABDOME INOCENTE, PELVE ESTÁVEL. CD: ANALGÉSICO RX DE OSSOS DA FACE, TÓRAX, OMBRO E BRAÇO ESQUERDO. AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA 1ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V. AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERfil)

RADIOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO

CID10

V28.4 - Motociclista traumatizado em um acidente de transporte sem colisão - condutor traumatizado em um acidente de trânsito

Conduta

Em observação

Dr. Benedicto Magalhães
Médico
CRM-PB 32
CNS 368

NILSON ELIAS DE SANTANA

CARLOS MAGALHAES FRANCA
(3792/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 02/09/2019 12:08:29





Onho

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
NILSON ELIAS DE SANTANA	1187404	02/09/2019 12:07:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
01/12/1978	40a 9m 1d	Masculino	(83) 987532589
Mãe			Prontuário
LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA			
Endereço	Bairro	Município	UF
CAMPINAS, 53 - RUA CARPINA	GROTÃO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA	3040/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
02/09/2019 12:07:52		02/09/2019 14:22:33	

ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO. NEGA DESMAIO, VOMITO, DOENÇAS DE BASE E ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. NO MOMENTO EM EGB, LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, EM CADEIRA DE RODAS. AO EXAME FÍSICO APRESENTA ABRASÃO EM REGIÃO MENTAL E ZIGOMÁTICA ESQUERDA, SEM SANGRAMENTOS ATIVOS, ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTAÇÃO OCULAR PRESERVADA, BEM COMO OS MOVIMENTOS MANDIBULARES, CONTOURNOS OSSEOS MANTIDOS, SEM SINAIS CLÍNICOS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE. CD: 1 ORIENTAÇÕES 2 ALTA BMF 3 AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA.

CID10

S00.9 - Traumatismo superficial da cabeça, parte não especificada

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

*André Gustavo Barbosa Luna
Cirurgião-Specialista em
Cirurgia da Cabeça e
Cervelo*

NILSON ELIAS DE SANTANA

ANDRE GUSTAVO BARBOSA LUNA
(: 3040/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 02/09/2019 12:08:29





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
NILSON ELIAS DE SANTANA	1187404	02/09/2019 12:07:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
01/12/1978	40a 9m 1d	Masculino	(83) 987532589
Mãe			Prontuário
LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA			
Endereço	Bairro	Município	UF
CAMPINAS, 53 - RUA CARPINA	GROTÃO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO	6371/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
02/09/2019 12:07:52		02/09/2019 14:07:02	

ANAMNESE

vitima de queda de moto com trauma em ombro esq. apresentando dor em acromioclavicular e limitação funcional rx do ombro inadequado, presença de lac. solicito rx em incidencia tipo zancar para melhor avaliação

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: RX EM AP DO OMBRO EM INCIDENCIA TIPO ZANCAR)

Conduta

Em observação

NILSON ELIAS DE SANTANA

FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO
(: 6371/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 02/09/2019 12:08:29





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	
NILSON ELIAS DE SANTANA	1187404	02/09/2019 12:07:52	Data Baixa
Data de nascimento	Idade	Sexo	2019-09-02 16:26:07.0
01/12/1978	40a 9m 1d	Masculino	Telefone de Contato
Mãe		CNS	(83) 987532589
LEDJAE CAVALCANTI DE OLIVEIRA		898005124466881	Prontuário
Endereço	Bairro	Município	
CAMPINAS, 53 - RUA CARPINA	GROTÃO	JOAO PESSOA	UF
Acidente	Motivo	Profissional	PB
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO	Nº Cons. Regional
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	6371/PB
02/09/2019 12:07:52		02/09/2019 16:26:14	

ANAMNESE

PCT RETORNA DE NOVO EXAME RADIOGRAFICO. RX APRESENTA LAC GIII. EXPLICOU PCT POSSIBILIDADE DE CIRURGIA E TRATAMENTO CONSERVADOR(PERSISTENCIA DA LUXAÇÃO). EXPLICOU PROS E CONTRAS DOS TRATAMENTOS. CD: OPTADO EM CONJUNTO COM O PACIENTE POR TRATAMENTO CONSERVADOR IMOBILIZAÇÃO/AINE/ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

PROCEDIMENTO

HEMI - J

CID10

I64 - Acidente vascular cerebral, não especificado como hemorrágico ou isquêmico

Conduta

Em observação

Alta

Usuário

FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO

Motivo de Alta

ALTA MEDICA

Data e Hora

02/09/2019 16:26:07

Observações:

NILSON ELIAS DE SANTANA

FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO
(: 6371/PB)

Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 02/09/2019 12:08:29





Parecer Médico

Nome		Idade	
NILSON ELIAS DE SANTANA		40A 9M 1D	Prontuário
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade
1187404	02/09/2019 12:07:52		33min
Convênio	Leito	Clinica	Permanência no Leito
SUS		CIRURGIA GERAL	

Parecer médico

Especialidade	Profissional
ORTOPEDIA	
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 02/09/2019 12:40:13
PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HÁ 2H, SEM RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, NÁUSEAS, AMNÉSIA APÓS ACIDENTE. RELATA NO MOMENTO, DOR NO OMBRO ESQUERDO E DOR PLEURÍTICA. AO EXAME: CONSCIENTE, ORIENTADO, VA PÉRIAS, HEMITÓRAX ESQUERDO DOLOROSO À PALPAÇÃO, LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM OMBRO ESQUERDO, ESCORIAÇÕES EM FACE E MMII. ABDOME INOCENTE, PELVE ESTÁVEL.	
Parecer	Data de Resposta:

Dr. Nilson Ribeiro
CRM-PB 11.820
CRNE PB 0023 5928-2206





Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome NILSON ELIAS DE SANTANA	Data de Nascimento 01/12/1978	Idade 40a 9m 1d	Sexo MASCULINO
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		
Convenio SUS	Matricula		
02/09/2019 12:07:52		Data da entrada:	Data da Intern.
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso
1 CETOROLACO DE TROMETAMINA 30MG/ML (AMPOLA)	1,0	ML	E.V.

CARLOS MAGALHAES FRANCA

CRM: 3792

02/09/2019



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 512415

Nome NILSON ELIAS DE SANTANA		
Data de Nascimento 01/12/1978	Nº Boletim Emergência 1187404	Prontuário
Material a examinar		
		Data Prescrição: 02/09/2019 12:42:12

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRZ)

RAIOS-X
TIPO: Pocu
DATA: 02 09 19
NOME: ...
ASS.: ...

ReImpresso por: Benedito Begnaison Ribeiro
dia: ...
CRM-PB 11.820
NRE 368 0023 1928 2205

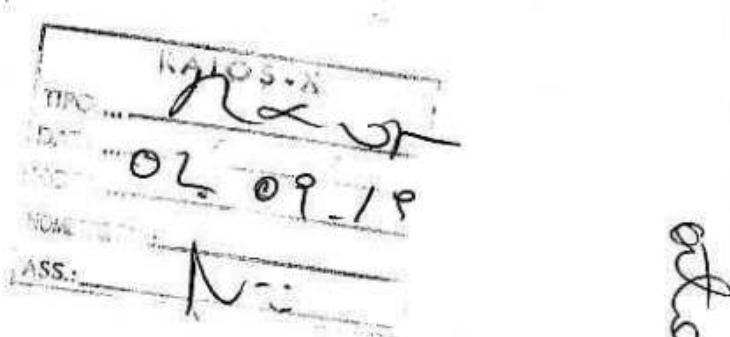
Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher todos os campos para leitura e salvamento da clínica



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 512411

Nome NILSON ELIAS DE SANTANA		
Data de Nascimento 01/12/1978	Nº Boletim Emergência 1187404	Prontuário
Material a examinar		
<i>Pronta Prescrição</i> 02/09/2018		Data Prescrição: 02/09/2018 12:40:45
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES) RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO		
		

Reimpresso por:

dia:

do legado
Méd.
CRM-PB M.329
0026 3920 2206

Buf

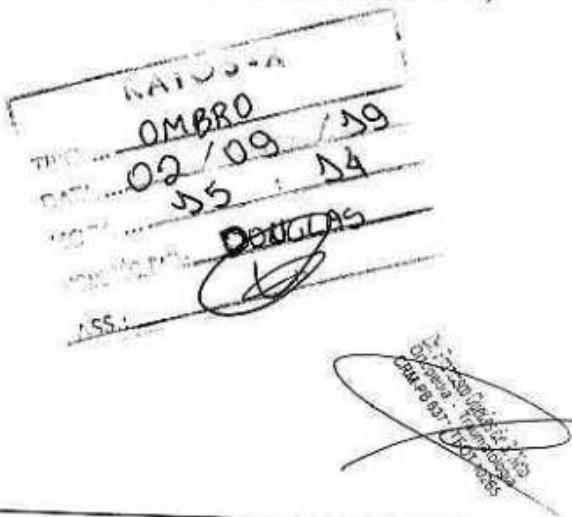
Assinatura e Carimbo do Profissional

1) Imprimir cópias separadas para imagem e bônus/entregar clínica



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 512452

Nome NILSON ELIAS DE SANTANA		
Data de Nascimento 01/12/1978	Nº Boletim Emergência 1187404	Prontuário
Material a examinar		
		Data Prescrição: 02/09/2019 14:07:02
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES) (RX EM AP DO OMBRO EM INCIDENCIA TIPO ZANCAR)		
		
Reimpresso por: dia:		

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) preencher outras informações para imagem e liberar/fechar anotação clínica





Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **060.989.924-44**

Nome: **NILSON ELIAS DE SANTANA**

Data de Nascimento: **30/11/1978**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **30/07/2003**

Dígito Verificador: **60**

Comprovante emitido às: **12:15:04** do dia **13/01/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **E15B.0D86.AB27.E997**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"
(/Servicos/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/03/2021 11:14:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032611144570600000039186347>
Número do documento: 21032611144570600000039186347

Num. 41155392 - Pág. 22

você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

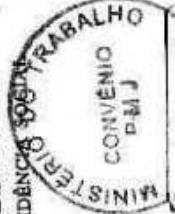
Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO



00079

035921 Número 00079 Série



Wilson Elias de Santome
ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Nilson Elias de Santana
Loc. Nasc. Recife Est. PE Data 30/11/1978
Filiação Nilson Elias de Santana e
Isabel Jane Coqueiro de Oliveira
Doc. N° 604847 SSP. PE

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N°
Exp. em / Estado
Obs.:
Data Emissão: 21/04/03 DRT 75

Assinatura do Punctionário
M° Steila de SOUZA
SETAS - PMJG - PE
Mat. 1838-7

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil) e data nasc.

5

Doc.
None
Doc.
None
None

Doc.
Est. Civil
Doc.
Doc.
Est. Civil
Doc.
Doc.
Nascimento





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200031750 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NILSON ELIAS DE SANTANA **Data do acidente:** 02/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDO - GRAU 3.
TRAUMA DE FACE - TRAUMA DE ZIGOMÁTICO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.02/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026881/20

Vítima: NILSON ELIAS DE SANTANA

CPF: 060.989.924-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/09/2019

Titular do CPF: NILSON ELIAS DE SANTANA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS 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
DUT

NILSON ELIAS DE SANTANA : 060.989.924-44

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: 20/01/2020
Nome: NILSON ELIAS DE SANTANA
CPF: 060.989.924-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

NILSON ELIAS DE SANTANA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08459173120208152001

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 **NILSON ELIAS DE SANTANA**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

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.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/03/2021 11:14:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032611144626100000039186348>
Número do documento: 21032611144626100000039186348

Num. 41155393 - Pág. 1

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 24 de março 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 - 26/03/2021 11:14:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032611144626100000039186348>
Número do documento: 21032611144626100000039186348

Num. 41155393 - Pág. 2