



Número: **0876197-19.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/11/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LENILSON TRINDADE RODRIGUES (AUTOR)	IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42459 114	29/04/2021 14:53	<u>Petição</u>	Petição
42459 115	29/04/2021 14:53	<u>2760756_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
42459 116	29/04/2021 14:53	<u>2760756_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/04/2021 14:53:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042914534331300000040399937>
Número do documento: 21042914534331300000040399937

Num. 42459114 - 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, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190553962 Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data do Acidente: 02/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01201/01202 - carta_01 - INVALIDEZ

Carta nº 14818032





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, 03 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190553962 Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES
Data do Acidente: 02/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ
Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO
Senhor(a), LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 02/12/2018, emitido pelo Dr. EMILTON AMARAL SEGUNDO CRM nº 5352 - PB, da Instituição HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SNADOR HUMBERTO LUCENA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00455/00456 - carta_31 - INVALIDEZ



00060228

Carta nº 14845933



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/04/2021 14:53:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042914534512700000040399938>
Número do documento: 21042914534512700000040399938

Num. 42459115 - Pág. 2



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 ASI: CPF da vítima: 088.964.554-05 Nome completo da vítima: *Joelison Tímido Redaques*

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

Nome completo:	CPF:		
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:	Tel.(DDD): 83-98849-5530		

Joelison Tímido Redaques
Rua Belisário Penseira
entre
56161a
ccj.sqm@gmail.com

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

DADOS CADASTRAIS
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

<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) <i>Operação - 033</i>	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: <i>0038</i> CONTA: <i>58218</i> <i>1</i> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

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

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	Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Local e Data, *56161-73, 26/09/2019*
 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
X Joelison Tímido Redaques
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Adelisor Senizai Querez
 Assinatura do Representante Legal (se houver)
Lourivalo Neto
 Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura
 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura

(*) 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 intérro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/04/2021 14:53:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042914534512700000040399938>
Número do documento: 21042914534512700000040399938

Num. 42459115 - Pág. 4



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 104/2018

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

**CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA
PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO**

COMUNICANTE: LENILSON TRINDADE RODRIGUES ESTADO CIVIL: CASADO NATURALIDADE: SOLÂNEA-PB
PROFISSÃO: AGRICULTOR DATA DE NASCIMENTO: 02/02/1980 IDADE: 38 ANOS RG: 3.183675 SSP/PB CPF: 088.964.554-05 **FILIAÇÃO:** VALDERY PIRES RODRIGUES E MARIA DAS DORES TRINDADE RODRIGUES
ENDEREÇO: RUA SANTA LUZIA, Nº. 136, BAIXIO, SOLÂNEA-PB. **TELEFONE:** 83-99173-3961 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO **COR DA PELE:** MORENO **DIA DO OCORRIDO:** 02/12/2018 **LOCAL DO FATO:** SOLÂNEA-PB.

COMPRE/SECURIS/OPORTUNIDADE S/A.

26 SET. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NARRATIVA: LENILSON TRINDADE RODRIGUES AFIRMA QUE NO DIA 02/12/2018 POR VOLTA DE 10:30H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/POP 110 DE PLACA QFP-6736/PB DE COR VERMELHA, DE PROPRIEDADE DO SR JOSÉ GILBERTO TRINDADE RODRIGUES JUNIOR, PELA CIDADE DE SOLÂNEA-PB, NAS PROXIMIDADES DO LOJÃO DO MOTOQUEIRO, COLIDIU CONTRA UM VEICULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE TRAFEGAVA NO SENTIDO CONTRÁRIO E EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO VINDO A CAIR SOBRE O SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 14:15H E SIDO DIAGNOSTICADO COM DIVERSAS LESÕES, CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA. POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

COMUNICANTE: X Lenilson Trindade Rodriguez

Elaborado por: VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 156.268-1

Cabedelo-PB, 23 de dezembro de 2018





PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLÂNEA
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU - 192

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que foi prestado ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 do município de Solânea – PB, à vítima Denilson Irundade Rodrigues portador de RG sob Nº 3183675 na cidade de Solânea e transferido para o H. de Emergência e Trauma Unidade Fluminense na cidade de João Pessoa no dia 02 / 12 / 18.

*COMPRENSÃO FISCAL PREVIDENCIÁRIA
28 SEI. 2019
PROTÓCOLO
AG 1040 PENDON*

Solânea, 02 / 05 / 19





Prefeitura Municipal de Solânea
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USA: 48

Data: 02/12/2018	Ocorrência N°: 2274699	Paciente / Usuário: Benilton Trindade Rodrigues	Idade: 38	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Local da Ocorrência: BASE DO SAMU		Bairro: centro	Médico Regulador: Honorino	
Atendimento Local: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> Resgate / PRF <input type="checkbox"/> CPTAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> TROTE <input type="checkbox"/> Outro:				
DESTINO: Dr. Leonardo Soares de Lima				
Local: H. Inácio JP	Responsável: DR. L. S. de Lima	Carácter: CIRURGIA-GERAL/VIDEO-CIRURGIA	CRM: 211-QBB	Paciente Regulado: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

TEMPO RESPOSTA - HORÁRIO: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO. - TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

CINEMÁTICA / CAUSA

<input type="checkbox"/> QUEDA <5m	<input type="checkbox"/> QUEDA >5m	<input type="checkbox"/> QUEDA PRÓPRIA ALTURA	<input type="checkbox"/> QUEDA DE MOTO	<input checked="" type="checkbox"/> SEM CAPACETE NO INCIDENTE	<input type="checkbox"/> CAPACETE RETIRADO POR TERCEIRO
<input checked="" type="checkbox"/> COLISÃO FRONTAL	<input type="checkbox"/> COLISÃO LATERAL	<input type="checkbox"/> COLISÃO TRASEIRA	<input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO	<input type="checkbox"/> CARRO	<input checked="" type="checkbox"/> MOTO
<input type="checkbox"/> MOTO X MOTO	<input type="checkbox"/> CARRO X ÔNIBUS	<input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO	<input type="checkbox"/> SEM CINTO DE SEGURANÇA	<input type="checkbox"/> BICICLETA	<input type="checkbox"/> CARRO X MOTO
<input type="checkbox"/> NÚMERO DE VITIMAS NO LOCAL		OU DENTRO DO VEÍCULO		AIR BAG NÃO ACIONADO	<input type="checkbox"/> DIR. <input type="checkbox"/> ESG.
<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO GRAU:		<input type="checkbox"/> QUEIMADURA GRAU:		<input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO	<input type="checkbox"/> DESABAMENTO
<input type="checkbox"/> OUTRO:				<input type="checkbox"/> FAB.	<input type="checkbox"/> FAF.
<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE ESPORTE	<input type="checkbox"/> AGRESSIVO FÍSICA				
<input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA: PICADA DE	<input type="checkbox"/> ESCORPIÃO	<input type="checkbox"/> ABELHA	<input type="checkbox"/> COBRA	<input type="checkbox"/> ARANHA	
<input type="checkbox"/> ENVENENAMENTO POR:					

EXAME FÍSICO MÉDICO

Econtrado: <input type="checkbox"/> DECUBITO LATERAL	<input checked="" type="checkbox"/> DORSAL	<input type="checkbox"/> VENTRAL	<input type="checkbox"/> SENTADO	<input type="checkbox"/> DENTRO DE VEÍCULO	<input type="checkbox"/> FORA DE VEÍCULO	<input type="checkbox"/> DEAMBULANDO
EM CIMA DE: <input type="checkbox"/> OUTRO						
Nível de Consciência: <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE	<input type="checkbox"/> ORIENTADO	<input checked="" type="checkbox"/> ALGO DESORIENTADO	<input checked="" type="checkbox"/> HALITO ETIUCO	<input type="checkbox"/> ABUSO DE DROGAS	<input type="checkbox"/> SONOLENTO	
INCONSCIENTE	<input type="checkbox"/> AGITADO	<input type="checkbox"/> COMA	<input type="checkbox"/> OUTRO			
Queixa: <input type="checkbox"/> DOR / LOCAL:	<input type="checkbox"/> PARESTÉIA / LOCAL		<input type="checkbox"/> OUTRA:			
LESÕES APRESENTADAS:						
<input checked="" type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES / LOCAL: MBD	<input type="checkbox"/> FRATURA INCOMPLETA / LOCAL:		<input type="checkbox"/> RUPTURA MUSCULAR / LOCAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> CORTE / LOCAL: IRRONIAL DANTIGA	<input type="checkbox"/> FRATURA COMPLETA / LOCAL:		<input type="checkbox"/> CAIMBRA / LOCAL:			
<input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO / LOCAL:	<input type="checkbox"/> SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL:		<input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR / LOCAL:			
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO ARTICULAR / LOCAL:	<input type="checkbox"/> FRATURA EXPOSTA / LOCAL:		<input type="checkbox"/> EDEMA / LOCAL:			
<input type="checkbox"/> CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL:	<input type="checkbox"/> ENTORSE / LOCAL:		<input type="checkbox"/> HEMATOMA / LOCAL:			
<input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / LOCAL:	<input type="checkbox"/> ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL:		<input type="checkbox"/> EQUIMOSE / LOCAL:			
			<input type="checkbox"/> OUTRO:			

DADOS VITais

VVAA: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRE	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: FR INICIAL:	Ipm FINAL:	Ipm / PULSO RADIAL	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTES
FC INICIAL: bpm	FC Final: bpm	ESCALA DE COMA DE GLASGOW:	>8 <input type="checkbox"/> <9 PAS (mm Hg):	>90 <input type="checkbox"/> <90	%
RADAR RESPIRATORIO: <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> IRREGULAR - PERFORAÇÃO MMSS	< 2 SEGUNDOS - MMRI	< 2 SEGUNDOS - SATURAÇÃO	%	

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem:	<input type="checkbox"/> RISCO PARA CHOQUE	<input type="checkbox"/> MUCOSA ORAL PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> CAPACIDADE ADAPTIVA INTRACRANIANA DIMINUIDA	<input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VVA	<input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ
<input checked="" type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> DISREFLEXIA AUTÔNOMA	<input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ
<input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA	<input type="checkbox"/> DOR AGUDA	<input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ
<input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> TROCA DE GASES PREJUDICADA
<input type="checkbox"/> DÉBITO CARDÍACO DIMINUIDO	<input type="checkbox"/> INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA	<input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: 14/12/2018 09:00h HOT: 121mg/dl FC 82 bpm c/ox 100% s/ox

<input checked="" type="checkbox"/> COLAR CERVICAL TAM: M	<input type="checkbox"/> ESTABILIZADOR LATERAL DE CABEÇA / TIRANTES	<input type="checkbox"/> PRANCHA RÍGIDA / KED / TALAS DE EXTREMIDADES	
<input checked="" type="checkbox"/> A. V. P. COM ABOCATH N°: 14	<input type="checkbox"/> MSE / MSD / SRI 1000 ml SF 0.9%	mL / MEDICAÇÃO: GLICOSE + CONPRESOL	
021/min	MASCARA COM RERV.	<input type="checkbox"/> CATETER NASAL / IMOBILIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> MDE / NSD / MIE / MID / MACA A VÁCUO /
<input type="checkbox"/> IMOBILIZADOR DE OBJETO IMPALADO / EXTRICAÇÃO /	<input type="checkbox"/> CURATIVO / COMPRESSIVO / SIMPLES	<input type="checkbox"/> IRRIGAÇÃO OCULAR / LOCAL: OLHO E	
<input type="checkbox"/> OLHO D / VELPEAU / LOCAL:	/ VENTILAÇÃO COM AMBU / ASPIRAÇÃO DAS VVA / OUTROS:		
<input type="checkbox"/> CÂNULA DE GUEDEL N°:	<input type="checkbox"/> CATETER NASAL / MASCARA C/RESERVATORIO	min / I. TRAQUEAL N°: M. LARINGEAN N°:	
<input type="checkbox"/> V. MECÂNICA / CRICO: PUNÇÃO / CIRÚRGICA - TORACOCENTSE	<input type="checkbox"/> E / D DRENAGEM TORÁCICA	<input type="checkbox"/> O / D PERICARDIOCENTSES	
<input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO: E.C.G. / ETCO - RCP / MANUAL / AUTOPULSE / DESFIBRILAÇÃO	<input type="checkbox"/> MANUAL / AUTOMÁTICO - MEDICAMENTOS EM AMPOLAS		
<input type="checkbox"/> FRASCOS EV. FENTANIL mg / SUCCINILCOLINA mg / MIDAZOLAM mg / DIAZEPAN mg / OUTROS:			

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINURA)

ENFERMEIRO: Lirmando	COREN: 36993	medico	b. banulin	COREN:
CONDUTOR: Beninaldo				MÉDICO (VISTO):

RECUSA

NOME:	RG:
ASSINATURA:	
TESTEMUNHA:	TESTEMUNHA



MARIA NASARE AVELINO DA SILVA
RUA BELISIO PESSOA, 43 - CENTRO
SOLANEA/ PB CEP: 5825000 (AD: 44)

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-250, Km 26 - Centro Redutor - João Pessoa/PB - CEP 58017-400
CNPJ 08.095.180/0001-40 - Rod. Est. 101/1030
Nota Fiscal / Conta de Energia Bifásica N° 031.194.467
Céd. para Dib. Automatiz. n.º 00007072202

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	17/09/2019	17/10/2019	061.767.834-40 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/307235-2

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TGEE foi criada pelo Lei nº 13.891, de 22 de setembro de 2020. Juntamente ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacina;brasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
16/09/19 13033	17/09/19 13387	1	54	32

Demonstrativo

CCN	Descrição	Quantidade	Tarifa:	Vlr. Res.Calc.	Alm. Imed(RB)	Bala.Cal.	Frete(RB)	Cofre(RB)
0801	Consumo ate 20kWh-BR	30.000	0,198960	5,95	0,00	0,00	0,00	0,00
0801	Consumo > 31 a 100kWh-BR	24.500	0,398542	9,37	0,00	0,00	0,00	0,00
0801	Adic. B. Vermelha	1,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0810	Subsídio	17,55	0,00	3	0,00	17,26	0,11	0,00

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0807 - CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA	7,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0825 - ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 06/2019	0,05	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806 - Devolução Buzido	-16,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCN: Código de Classificação do item TOTAL 23,52 0,00 0,00 22,68 0,24 7,49
Tarifa/Tributos: Alíquota IR 0,185452 Alíquota IRH 0,317940

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
66	06/10/2019	R\$ 23,52

Histórico de Consumo (kWh)

Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19	Mai/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19
--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

RESERVADO AO FISCO
1a6a 00eb.3aa8.1f9b.0989.7c50.af8c.a4e2.

Indicadores de Qualidade 7/2019 - BANANEIRAS		
Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DI-CMENRAL	5,91	0,00
DI-TRIMESTRAL	11,82	NOMINAL
DI-ANUAL	29,64	220
FI-CMENRAL	2,95	CONTRATADA
FI-TRIMESTRAL	13,45	LIMITESUPERIOR
FI-ANUAL	3,46	LIMITESUPERIOR
DCRI	12,22	0,00

Vale do EUDD (Ref. 7/2019) R\$ 6,00

ATENÇÃO

PERÍODO: 2019-07-01 00:00:00 ATÉ 2019-07-31 23:59:59.999999999
Este aviso serve para informar que a fatura de energia elétrica referente ao período mencionado acima não poderá ser paga ou cancelada, ou seja, que o pagamento da fatura só poderá ser feito no prazo de 10 (dez) dias, contado a partir da data de vencimento da fatura. O vencimento da fatura é dia 06/10/2019.
Este prazo não vale para as faturas já REANIMADAS, para as quais o vencimento poderá ocorrer a qualquer momento até o dia do vencimento de 10 (dez) dias, contado a partir da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Fatura sujeita à inclusão em retenção e proteção ao crédito no caso de inadimplentes.
Sua unidade foi faturada como Bala Renda, tendo um desconto de R\$ 16,59.
Reuste Tarifário-Vigência: 20/08/18-Res ANEEL nº 2.598 - Alta Tensão-E.404 Média
Reuste Tarifário-Vigência: 26/05/18-Res ANEEL nº 2.598 - Baixa Tensão-E.404 Média

Faturas em atraso	
Ago/19	20,50
Jul/19	22,65

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02624.912008 06301.615172 9 80340000002352

PAGADOR: MARIA NASARE AVELINO DA SILVA - CPF/CNPJ: 251.157.834-40
RUA BELISIO PESSOA, 43 - CENTRO - SOLANEA/ PB CEP: 5825000

Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Viajar Pagar
26249120006301615	06/10/2019	R\$ 23,52	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.095.183/3001-40
B-250, Km 26 - Centro Redutor - João Pessoa/PB - CEP 58071-860

Agencia / Código do beneficiario: 3004-3/3447-3



COMPROVANTE DE
RESIDÊNCIA DA
VÍTIMA!

COMPRESEGURAS.COM.BR
26 SET. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CAIXA

A vida pede mais que um banco



|||||

DATA DE POSTAGEM 08/05/2018

CTC RECIFE PE PL7
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



RECEBIDO
COMPROVADO
IMPRESSO A DOCUMENTOS S/A
29 SET. 2018
PROTÓCOLO
S. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/04/2021 14:53:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042914534512700000040399938>
Número do documento: 21042914534512700000040399938

Num. 42459115 - Pág. 9



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailson Luiz de Queiroz Loulimo Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Adailson Luiz de Queiroz Loulimo Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.964.554 / 05, do sinistro de DPVAT cobertura Unidade da Vítima Adailson Luiz de Queiroz Loulimo Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 088.964.554 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço			Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
<u>Centro</u>	<u>José Bonifácio</u>	<u>PB</u>	<u>58013-430</u>	
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>ccf.adailson@outlook.com.br</u>		<u>83-3506-1910</u>	<u>83-98849-5530</u>	

José Bonifácio-PB 26 de Setembro de 2019
Local e Data

Adailson Luiz de Queiroz Loulimo Neto
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Gilberto Trindade Rodrigues Júnior,
RG nº 4.273.767, data de expedição 14/08/14,
Órgão 55051PB, portador do CPF nº 123.581.034-89,
com Domicílio na cidade de Solânea, no Estado
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua licino Belém n° 89, complemento, declaro, sob as
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na
data do acidente ocorrido com a vítima
João Gilberto Trindade Rodrigues, cujo o condutor
era João Gilberto Trindade Rodrigues.

Veículo.....: motocicleta
Ano.....: 2016
Modelo.....: Honda / POP 310I
Placa.....: QFP 6736/PB
Chassi.....: 9C2 JB0100HR223689
Data do acidente.: 02/12/2018

Local e data: Solânea - PB, 30/08/2019

X João Gilberto Trindade Rodrigues Júnior
Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
(Assinar e Reconhecer a Firma)



CRI → NCR / ORTO

19/12



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1126536



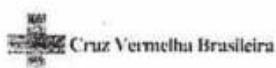
Identificação do paciente				
ID 1255929	Nome LENILSON TRINDADE RODRIGUES			Sexo Masculino
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38 anos 10 meses	Estado civil	Religião	Prontuário 106840
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES				Pai VALDERY PIRES RODRIGUES
Escolaridade				Responsável (Parentesco) VALDICEA TRINDADE - IRMAO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991465103	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3183675	Nº Cns 704601138965326		
Local de procedência SOLANEA		Tipo MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade SOLANEA	CBOR		
Endereço				
CEP 58225000	Município de residência SOLANEA	UF PB	Logradouro MANOEL GOMES DE ARAUJO	
Número 60	Complemento		Bairro BACHIO	
Admissão				
Data e Hora 02/12/2018 14:15:57	Número da pulseira 100007117441	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou COMBRE/SESP/AMBULÂNCIA S/A			
Sinais Vitais				
PA 120 x 80 mmHg	P脉 89	Temperatura 36 SET. 2018	PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Exames complementares				
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos: Paciente EGF, lítico da retina, cálculos e rugel migração, solicita exame de urina, sangue etc Conselho da equipe de pronto Dr. Leonardo Batista 0994516512-ENF				
Diagnóstico				CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				Tempo 41seg

Imprimir
Dr. Leonardo Soares da Lima
CIRURGIA-GERAL/VID/24/4/2018

02/12/2018 14:15

1 of 1





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Prontuário 106840
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO SOARES DE LIMA	Nº Cons. Regional 2170/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 02/12/2018 14:42:53	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM PERDA DA CONSCIÊNCIA (FEZ INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA); TEVE TRAUMATISMOS NA CABEÇA (FCC NA REGIÃO FRONTO-TEMPORAL D) E NO PÉ DIREITO, ALÉM DE ALGUMAS ABRASÕES. SEM QUEIXAS NO TÓRAX/ABDÔMEN.

CONDUTA:

- 1.TC DE CRÂNIO/COLUNA CERVICAL;
2. RX DE TÓRAX/BACIA/PÉ D;
3. PAREcer DA NCR/ORTO;

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V., AGORA, DURANTE 24 HORA(S)

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

Diluir

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

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

Diluir

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

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Boleto registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38

Conduta

Dr. Leônidas Júnior de Lima
ORURGIA-GERAL/VIDEO-CIRURGIA

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=455978&pesquisa=S&perform=im...> 1/2





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LENILSON TRINDADE RODRIGUES
DATA DE NASCIMENTO	02/02/80
NOME DA MÃE	MARIA DAS DORES TRINDADE RODRIGUES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.126.536
DATA DO ATENDIMENTO	02/12/18
ORA DO ATENDIMENTO	14:15
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTOS MÚLTIPLOS + TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10	S01.8 + T14.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com perda da consciência, fez ingestão de bebida alcoólica. Ferimento contuso, com perda de substância, em região fronto-temporal direita. Ferimento no pé direito, torax e abdomen sem queixas. Consciente e orientado. Glasgow 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
TC de coluna cervical
RX de bacia
RX de pé direito
TC de pé direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

TRATAMENTO:

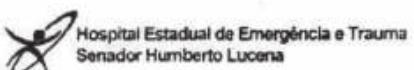
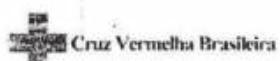
Sutura de ferimento. Medicado.

ALTA HOSPITALAR:	03/12/18
DATA DA EMISSÃO:	11/03/19

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





AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 454554

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m 1d	Sexo Masculino	CNS 704601138965326 Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Frontuário 106840
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TOMAS CATAO MONTE RASO	Nº Cons. Regional 7742/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 03/12/2018 00:40:39	

Anamnese

##NCIR##

PACIENTE EVOLUI COM QUEIXA DE NAUSEAS, SEM VOMITOS.

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO
SEM DEFICITS
VIGIL, CONSCIENTE, OREINTADO

CD: SINTOMATICOS
OBS NEUROLOGICA

MEDICAÇÃO

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., AGORA

Conduta

Em observação

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

TOMAS CATAO MONTE RASO
(CRM: 7742/PB)

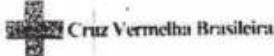
Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=456317&pesquisa=S&perform=im...> 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/04/2021 14:53:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042914534512700000040399938>
Número do documento: 21042914534512700000040399938

Num. 42459115 - Pág. 15



UTQ

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

Tel:

CNES: 454556

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m 1d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Prontuário 105840
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEIA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EMILTON AMARAL SEGUNDO	Nº Cons. Regional 5352/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 03/12/2018 00:20:24	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO TRAUMA EM REGIÃO FRONTAL À DIREITA COM PERDA DE SUBSTÂNCIA. PACIENTE REFERINDO NÁUSEAS. NEGA ALERGIAS.

AO EXAME:

PERDA DE SUBSTÂNCIA EM REGIÃO TÊMPORO-FRONTAL DIREITA COM PRESERVAÇÃO DA INERVAÇÃO DO RAMO FRONTAL DO NERVO FACIAL.

CONDUTA:

- REALIZADO DEBRIDAMENTO DE BORDOS E RETALHO DE VIZINHANÇA COM ANESTESIA LOCAL E SUTURA COM NYLON 3-0
- OBS: DURANTE O PROCEDIMENTO, O PACIENTE PEDIU PARA INTERROMPER POR DUAS VEZES PEDINDO PARA VOMITAR. COMO JÁ HAVIA SIDO LIBERADO PELA NEURO E NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO NÃO RELATOU ESSES SINTOMAS, SOLICITO NOVA AVALIAÇÃO DA NEURO.
- ALTA DA CIRURGIA PLÁSTICA

CID10

Código	Descrição
S01.9	Ferimento na cabeça, parte não especificada

Conduta

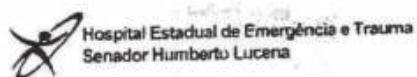
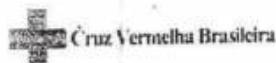
Em observação

EMILTON AMARAL SEGUNDO
(CRM: 5352/PB)

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	Prontuário 106840
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO	Nº Cons. Regional 4518/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 02/12/2018 19:58:58	

Anamnese

PACIENTE COM FERIMENTO DE PELE NO PE DIREITO, SEM LESÃO DE TENDÃO, RAIOS-X SEM FRATURA NEM LUXAÇÃO. CONDUTA: ALTA DA ORTOPEDIA, AOS CUIDADOS DA CIRURGIA GERAL PARA SUTURAS.

Conduta

Em observação

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO
(-4518/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38

72.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=456161&pesquisa=S&perform=im... 1/1
172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=456161&pesquisa=S&perform=im...



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/04/2021 14:53:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042914534512700000040399938>
Número do documento: 21042914534512700000040399938

Num. 42459115 - Pág. 18



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA**AREA AMARELA**

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
Data de nascimento	02/02/1980	1126536	02/12/2018 14:15:57	
Idade	38a 10m	Sexo	CNS	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe	MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES	Masculino	704601138965326	Prontuário 106840
Endereço	MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro	Município	UF PB
Acidente	VEICULO X MOTO	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
		ACIDENTE DE MOTOCICLETA	IGOR QUEIROZ CAVALCANTE	7733/
Data/Hora Classificação	02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição	
			02/12/2018 18:39:56	

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA NO PÉ D HÁ HORAS.

HD: FERIMENTO EXTENSO NO DORSO DO PÉ D

CD: SOLICITO TC DO PÉ D.

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO

Conduta

Em observação

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

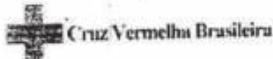
IGOR QUEIROZ CAVALCANTE
(CRM: 7733/)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/04/2021 14:53:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042914534512700000040399938>
 Número do documento: 21042914534512700000040399938

Num. 42459115 - Pág. 19



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

SALA DE OBSERVAÇÕES AREIA VERDE
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
5800-1020

58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
Mae MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Prontuário 106840
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	Nº Cons. Regional 8267/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57	Data/Hora Prescrição 02/12/2018 18:04:33		

Anamnese

Neurocirurgia

Avalio paciente vítima de queda de moto, com perda de consciência, sem vômitos. Nega dor cervical.

Ac exame: ECG 15. PIER, sem déficit focal.

TC Cráneo sem afecções neurocirúrgicas de urgência.
TC Coluna Cervical sem afecções neurocirúrgica de urgência.

Cd:
Oriento sinais de alarme.
Alta da neurocirurgia.

Conduta

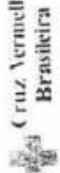
Em observação

LENILSON TRINIDADE BORGES

**FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
(CRM: 8267/PB)**

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38





Datas: 02/12/16 14:42
Usuário: LEONARDO
Bolelin: 1126536



PREScrição MÉDICA

Name LENILSON TRINDADE RODRIGUES		Data de 02/02/1980	38a 10m	MASCULINO	1126536	106840	02/12/2018 14:42:00
Motivo do Atendimento Enfermaria / Leito				Validade da Prescrição 02/12/2018 14:42:00 - 03/12/2018 14:42:00		Senha	
Convivio SUS		Matrícula					
		Data da entrada: 02/12/2018 14:15:57		Data da Internação: 02/12/2018 14:15:57		Permanência na 27min	
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inj.	Poss.	Aprazamento
1 DIETA ZERO	0,0			NENHUMA			
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO	500,0	ML		E.V.			AGORA
3 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.			AGORA
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA	100,0	ML		E.V.			AGORA
4 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			AGORA
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					

Reimpresso por:

dia: -

Acessibilidade e Carambo do Profissional

LEONARDO SOARES DE LIMA
CRM: 2170

CRM: 2170

CORRIS 1852. EME
UNIVERSITÀ DO BRASIL

Num. 42459115 - Pág. 21



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name	Data de nasc.	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
LENILSON TRINDADE RODRIGUES	02/02/1980	38a 10m 1d	MASCULINO	1126536	106840	03/12/2018 00:40:39
Motivo do Aendimento	Enfermaria / Leito			Validade da Prescrição		
Convenio				03/12/2018 00:40:00 - 04/12/2018 00:40:00		
SUS			Matrícula		Senha	

Name	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Data da Internação:	Permanência na Unidade:	Permanência no Ambulatório
					02/12/2018 14:15:57	10h 25min	

Name	Dose	U.M.	Orientação de Uso	E.V.	Veloc. Inf.	Pós	Apazramento
1 ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4,0 ML)	4ML						

2) *Além de ser evitado*.

TOMAS CATAO MONTE RASO
CRM: 7742

Assinatura e Carimbo do Profissional

Tomás Catao Monte Raso





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LENILSON TRINDADE RODRIGUES	BAE 1126536	Data/Hora Entrada 02/12/2018 14:15:57	Data Baixa 2018-12-03 09:50:16,0
Data de nascimento 02/02/1980	Idade 38a 10m 1d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991465103
Mãe MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES			Prontuário 106840
Endereço MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	Bairro BACHIO	Município SOLANEA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL ESPINDOLA RONCONI	Nº Cons. Regional 7423/PB
Data/Hora Classificação 02/12/2018 14:15:57		Data/Hora Prescrição 03/12/2018 09:50:20	

Anamnese

#NCR

PACIENTE EVOLUI COM MELHORA DOS VOMITOS.
JA LIBERADO DAS DEMAIS CLINICAS

CD.

ALTA DA NCR

ALTA HOSPITALAR

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário:

DANIEL ESPINDOLA RONCONI

Data e Hora

03/12/2018 09:50:16

Observações

Motivo de Alta

ALTA HOSPITALAR

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

DANIEL ESPINDOLA RONCONI
(CRM: 7423/PB)

Dr. Daniel Ronconi
Neurocirurgião
CRM-PB/7423

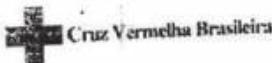


Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/04/2021 14:53:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042914534512700000040399938>
 Número do documento: 21042914534512700000040399938

Num. 42459115 - Pág. 23



AREA LARANJA UDC
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2458276

Paciente			Data/Hora Entrada	Data Baixa
LENILSON TRINDADE RODRIGUES		BAE 1126536	02/12/2018 14:15:57	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
02/02/1980	38a 10m 1d	Masculino	704601138965326	(83) 991465103
Mae				Prontuário
MARIA DA DORES TRINDADE RODRIGUES				106840
Endereço	Bairro	Município	UF	
MANOEL GOMES DE ARAUJO, 60	BACHIO	SOLANEIA	PB	
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional	
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO	4417/PB	
Data/Hora Clasificação		Data/Hora Prescrição		
02/12/2018 14:15:57		03/12/2018 08:26:36		

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ CERCA DE 18H (COLISÃO COM CARRO). APRESENTA FERIMENTOS SUTURADOS EM FACE E PÉ D + ESCORIAÇÕES EM MEMBROS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA E TONTURA. REFERE VÔMITOS. GLASGOW 15. NEGA CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS; NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. NEGA QUEIXAS ABDOMINAIS. NÃO TEM QUEIXAS DE DOR, NEM SINAIS DE FRATURAS EM MMSS E MMII. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. REFERE VAT HÁ < 10 ANOS. AO EXAME= EGR, EUPNÉICO, CORADO, ACIANÓTICO, LOTE, ESTÁVEL. ABDOME= PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO. JÁ AVALIADO E LIBERADO PELA CIRURGIA PLÁSTICA E ORTOPEDIA. CONDUTA= LIBERADO DA CIRURGIA GERAL + REAVALIAÇÃO DA NEUROCIRURGIA.

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Ana Virginia L. da Costa
Cirurgia Geral
CRM-4417

ANA VIRGINIA LIMA DA COSTA RIBEIRO
(: 4417/PB)

LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 02/12/2018 14:16:38

n://172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=456528&pesquisa=S&perform=im... 1/1
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042914534512700000040399938





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831745671

Data Nasc: 02/02/1980 - 38 anos

Paciente: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data Exame: 02/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA CERVICAL

Técnica:

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

Análise:

Corpos vertebrais de morfologia e coeficiente de atenuação habitual.
Arcos posteriores e processos espinhosos sem alterações.
Articulações interfacetárias e uncovertebrais de aspecto habitual.
Canal vertebral de diâmetro preservado em toda a extensão estudada.
Partes moles simétricas, de morfologia e coeficientes de atenuação normais.
Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Nota: Estudo tomográfico não direcionado para avaliação de hérnias ou protrusões discais.

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

Este laudo foi liberado em 04/12/2018 13:04.


Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831745671

Data Nasc: 02/02/1980 - 38 anos

Paciente: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data Exame: 02/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

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

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Hematoma subgaleal na região parietal direita.

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

Este laudo foi liberado em 04/12/2018 13:06.

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/04/2021 14:53:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042914534512700000040399938>
Número do documento: 21042914534512700000040399938

Num. 42459115 - Pág. 26



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831745909

Data Nasc: 02/02/1980 - 38 anos

Paciente: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Data Exame: 02/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO

Técnica:

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

Análise:

As estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

Ausência de sinais de fratura.

Lesão de aspecto ulcerado nas partes moles na região do dorso do pé, com focos gasosos de permeio, compatível com processo infeccioso.

Sugere-se complementar com RM.

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

Este laudo foi liberado em 06/12/2018 21:18.

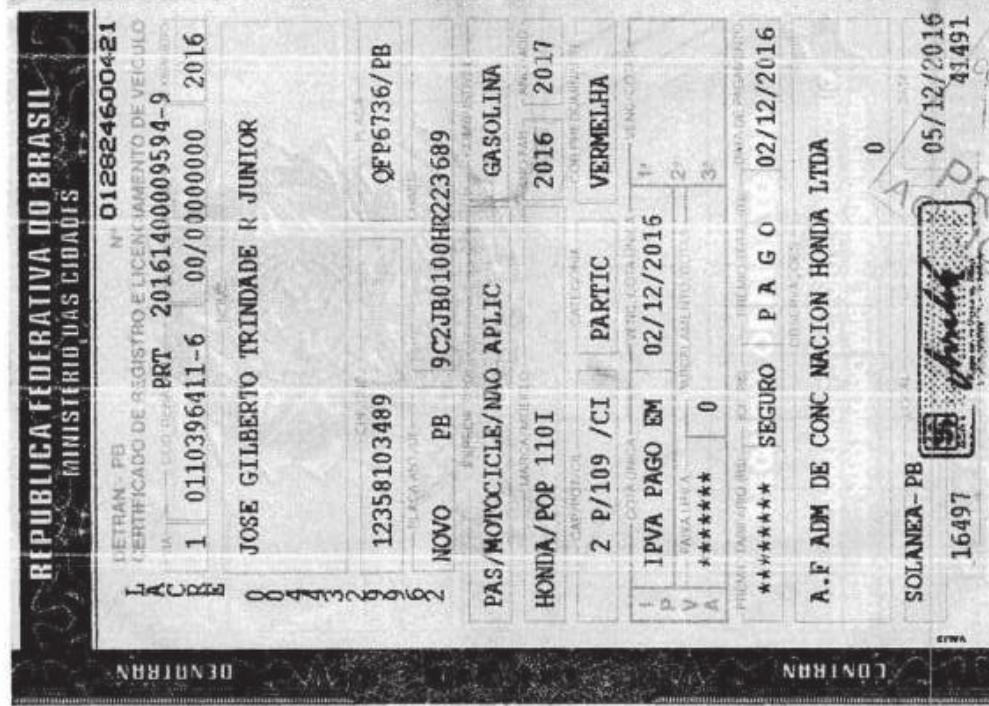
Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839





COMPRE
SEU
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/04/2021 14:53:46
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2104291453451270000040399938>
Número do documento: 2104291453451270000040399938

Núm. 42459115 - Pág. 29

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190553962 Cidade: Solânea Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES Data do acidente: 02/12/2018 Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO EM REGIÃO FRONTAL A DIREITA (COM PERDA DE SUBSTANCIA).
TRAUMA CORTO CONTUSO NO DORSO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO E SUTURAS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 5 _CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

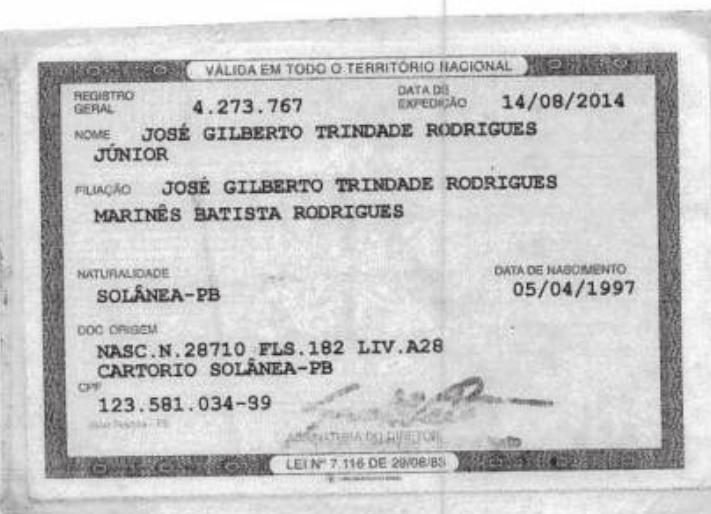
DANOS

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 %



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/04/2021 14:53:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042914534512700000040399938>
Número do documento: 21042914534512700000040399938

Num. 42459115 - Pág. 30



DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334305/19

Vítima: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

CPF: 088.964.554-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2018

Titular do CPF: LENILSON TRINDADE RODRIGUES

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LENILSON TRINDADE RODRIGUES : 088.964.554-05

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 26/09/2019

Data do cadastramento: 26/09/2019

Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/04/2021 14:53:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042914534512700000040399938>
Número do documento: 21042914534512700000040399938

Num. 42459115 - Pág. 32



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08761971920198152001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA 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 **LENILSON TRINDADE RODRIGUES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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

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

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

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

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

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/04/2021 14:53:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042914534696400000040399939>
Número do documento: 21042914534696400000040399939

Num. 42459116 - Pág. 1

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,

JOAO PESSOA, 27 de abril 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 - 29/04/2021 14:53:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042914534696400000040399939>
Número do documento: 21042914534696400000040399939

Num. 42459116 - Pág. 2