



Número: **0856581-24.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **20/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
HELENO ELIAS PEREIRA (AUTOR)	ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO) NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38534 865	02/02/2021 09:34	<u>Petição</u>	Petição
38977 814	02/02/2021 09:34	<u>2775521_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
38977 815	02/02/2021 09:34	<u>2775521_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 09:34:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209342435200000036744734>
Número do documento: 21020209342435200000036744734

Num. 38534865 - 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, 28 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200346145 **Vítima: HELENO ELIAS PEREIRA**

Data do Acidente: 07/05/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HELENO ELIAS PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01703/01704 - carta_01 - INVALIDEZ



00020852

Carta nº 16164965



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 09:34:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209342472900000037157692>
Número do documento: 21020209342472900000037157692

Num. 38977814 - 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, 20 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200346145 **Vítima: HELENO ELIAS PEREIRA**

Data do Acidente: 07/05/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HELENO ELIAS PEREIRA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: HELENO ELIAS PEREIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 0000056127-8

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

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

DADOS BANCÁRIOS

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

TESTEMUNHAS

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

2 - Nº doório ou AGC: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: **510.844.634-15 Héleno Elias Pereira**

5 - Nome completo: **Héleno Elias Pereira.**

7 - Profissão: **Motorista** **8 - Endereço:** **R. Janal o nate** **9 - Número:** **706** **10 - Complemento:**

11 - Bairro: **Marcos Moura** **12 - Cidade:** **Santa Rita** **13 - CEP:** **03** **14 - CEP:** **58.30-000**

15 - E-mail: **16 - Tel (DDO):** **03-99921-9253**

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 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 type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	<input type="checkbox"/> CONTA: _____ <small>(Inserir o dígito de verificação)</small>
---	---	---

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Só para os bancos abaixo. Aplicar uma opção)	<input type="checkbox"/> Bradesco (227) <input type="checkbox"/> Itaú (341) 0P013	<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
--	--	--

AGÊNCIA: **1914** **CONTA:** **56127** **B**
(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/verbalização do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, retomando 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):**

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 de pedido.

Por motivo especial, solicito o prorrogamento da análise da minha perícia de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica as instâncias da Seguradora Líder para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa privativa concedida com a futura análise médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso durante o seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE BÉGICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo. **24 - Data do óbito da vítima:**

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

28 - Vítima teve filhos: Sim Não **29 - Se teve filhos, informar:** **30 - Vítima deixou neto(na) (sobrinho(na)):** Sim Não **31 - Vítima teve irmãos?** Sim Não **32 - Se tinha irmãos, informar:** **33 - Vítima deixou pais/órios vivos?** Sim Não **34 - Falecidos:**

Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem sua identidade, informando, ainda, de que qualquer omisão no declarativo não verdadeiro poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina o rigo/a pede:

36 - CPF legível de quem assina o rigo/a pede:

37 - (*) Assinatura de quem assina o rigo/a pede:

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):** **42 - Assinatura do Procurador (se houver):**

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):
FP.001 V002/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 09:34:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209342472900000037157692>
 Número do documento: 21020209342472900000037157692

Num. 38977814 - Pág. 3

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



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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 03084.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03084.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:05 horas do dia 02 de setembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu Heleno Elias Pereira, CPF nº 578.844.634-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Luzia Nunes de Lima e Jose Elias Pereira, natural de Princesa Isabel/PB, nascido(a) em 17/06/1968 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jornal Norte, Nº 706, bairro Marcos Moura, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Santa Rita/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Mumbaba, Zona Rural, Santa Rita/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/05/20 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 07/05/2020, POR VOLTA DAS 18:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR PRETA, ANO 2017, PLACA QFN-3074/PB, CHASSI 9C2KD1000HR012857, REGISTRADA EM NOME DE EDMILSON ELIAS PEREIRA, NO SÍTIO MUMBABA, ZONA RURAL, SANTA RITA/PB, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DA MOTOCICLETA DERRAPOU NA AREIA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MESMA E CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. KLÉNIO F. DA NOBREGA.

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

João Pessoa/PB, 02 de setembro de 2020.

JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

HELENO ELIAS PEREIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 03084.01.2020.1.00.401

1/1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora LÍDER
Integrando o seu projeto de vida

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

2 - Nº doório ou AGC: 3 - CPF da vítima: 570.844.634-15 4 - Nome completo da vítima: *Heleno Elias Penuna*

5 - Nome completo: *Heleno Elias Penuna* 6 - CPF: 570.844.634-15

7 - Profissão: *Motorista* 8 - Endereço: *R. Janal o nate* 9 - Número: *706* 10 - Complemento: *00*

11 - Bairro: *Marcos Moura* 12 - Cidade: *Santa Rita* 13 - Estado: *PA* 14 - CEP: *68.30-000*

15 - E-mail: *33-99921-9253*

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 18 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).

DADOS CADASTRAIS

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPIANÇA (Sómete para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (227) Itaú (341) *DP013*
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: *1914* CONTA: *56127* B (Informar o dígito se motor) (Informar o dígito se motor) (Informar o dígito se motor)

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):
 Não há IML que atende 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 de pedido.

Permito ao seguradora Líder a realização da análise da minha perícia de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica as cestas da Seguradora Líder para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa privativa concorrente com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso durante o seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo. 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima tem filhos? Sim Não 29 - Se tem filhos, informar Falecidos: 30 - Vítima deixou neto(na)res? Sim Não 31 - Vítima tem irmãos? Sim Não 32 - Se tem irmãos, informar Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/idosos vivos? Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem sua identidade e parentesco, ainda, de que qualquer omisso 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.

24 - NÃO AUTORIZADO

34 - Nome legível de quem assina a rigo/a pede: 35 - Nome legível de quem assina a rigo/a pede: 36 - CPF legível de quem assina a rigo/a pede:

37 - (*) Assinatura de quem assina a rigo/a pede: 38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Helene Elias Penuna*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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: 14/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HELENO ELIAS PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000056127-8

Nr. da Autenticação 7362C01FA8948157



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 09:34:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209342472900000037157692>
Número do documento: 21020209342472900000037157692

Num. 38977814 - Pág. 6

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
S/OF: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
5056-364 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ: _____

richa NF: 316810 Atc: Nao Regulada
Data: 07/05/2020
Hora: 19:46:53
Repcionista: GIULIANA DE MENEZES DE
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: HELENO ELIAS PEREIRA Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO Num. Prontuario: 2020.05.000424
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 578.844.634-15
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1183593 Fone: 986539231
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 17/06/1968 Id: 51 ano(s)
End.: RUA JORNAL NORTE, 706
Bairro: MARCOS MOURA Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF :PB
Mae: LUZIA NUNES DE LIMA Pai: JOSE ELIAS PEREIRA
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: SEM PROFISSAO Estado Civil: CASADO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO
Resp.: HELENO ELIAS PEREIRA
Te/Doc. Responsavel: 986539231 / IDENTIDADE: 1183593
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: CORPO DE BOMBEIROS

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemias: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: C2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Causa Principal

Observacao

VITIMA DE QUEDA DE MOTO

História - Exame Físico - (hora do atendimento medico) *poente jogado pelo Bolsonaro,*
Se dor cervical, dor gênito de fede de mola da capela. hystole,
mais dor no tórax e dor abdominal, refre tórax e Tórax e Abd.
Exame: BCG, cardia, lobotomia, dor no tórax, dor abdominal, dor no abd.
Diagnóstico *Re do Tórax, Abd*

Tórax Tórax Abd

Medicamentos

Horário da medicação da ortopedia

*Kerginaldo Gondim
Cirurgião Geral
CRM-PB 11148*



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

PROCEDIMENTO REALIZADO Cognac

ioribin Gomes Pereira
ORTOPEDIA - CIRURGIA DO JOELHO
CRM PB 6350 TEC 12163

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência I.U. ()
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado C.S. () ()

Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carambo do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: _____ Data da Admissão: 08/05/20
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____
Cidade: _____ Bairro: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Escolaridade: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Data de Nascimento: _____ / _____ / _____
QPD: _____

HDA: _____

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele:

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor _____

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 09:34:24

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209342472900000037157692>

Número do documento: 21020209342472900000037157692

Num. 38977814 - Pág. 9

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____ []HAS []JDM []JTB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

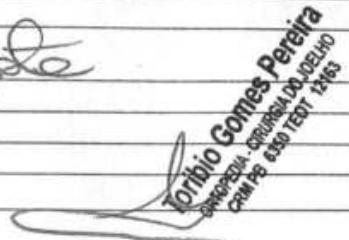
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Infarto agudo de miocárdioConduta: Lale LaleCoronário
Toribio Gomes Pereira
Advogado - Juiz de Direito
Câmara: 030 TED 12163



Nome: HELENO ELIAS PEREIRA Idade: 58 Sexo: M Cor: Clínica: Traumatologia				Registro: EMP: _____	LR: _____
Data: 13/05/2020		Cirurgião: DR TORIBIO			
1º Assistente: KLEENIO R2 Anestesista:		2º Assistente: Instrumentador:			
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>Fratura do Maléolo Medial do Tornozelo esquerdo</i>					
CID: S82.5					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>O mesmo</i>					
CID: _____					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					
<i>Osteossíntese do Tornozelo</i>					
CÓDIGO: _____					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva: _____					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência					
Cirúrgico					
Dr. Klélio F. da Nóbrega CRM: 10351 Ortopedia e Traumatologia					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
realizado garroteamento de membro inferior
Assepsia + Antissepsia
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em região medial do tornozelo
Dissecção por planos até foco de fratura

Achados:

Visualização de fratura do maléolo medial

Conduta:

Realizada manobra de redução
Redução de fragmentos ósseos com uso de intensificador de imagem
Aposição de 2 parafusos esponjosos 45mm com auxílio do intensificador de imagem

Realizado RX controle

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

Fechamento:

Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Tala bota gessada

OBS:

Data: 13/05/2020

Dr. Klênio da Nóbrega
CRM 11.094 PB
Ortopedia e Traumatologia

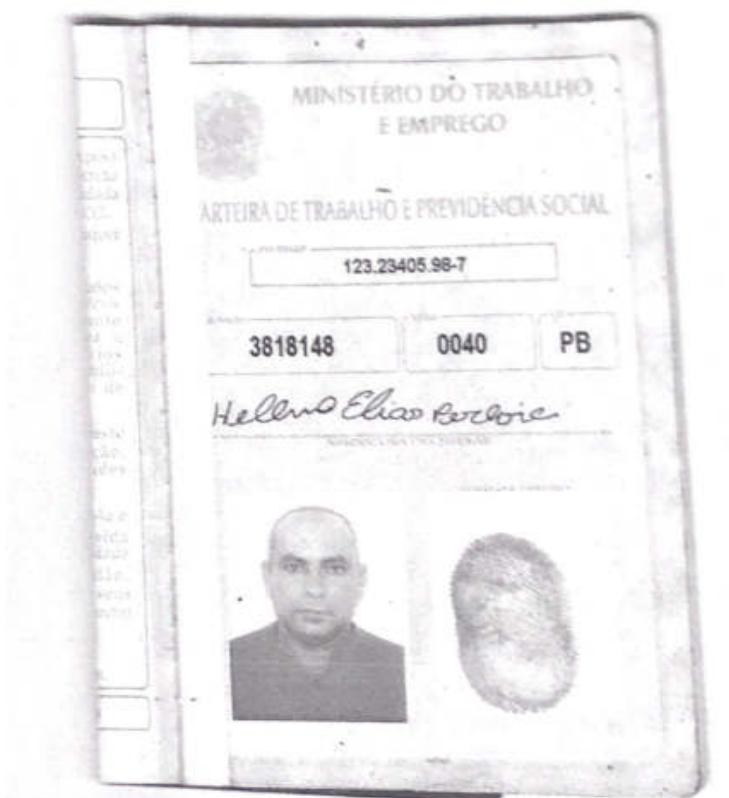
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA					
NAME: HELENO ELIAS PEREIRA		PROFISSÃO: _____			
IDADE: 54	SEXO: MASC	COH:	CLÍNICA:	ENT. ID:	LEITO ID:
DATA DE ADMISSÃO: 07/05/2020		DATA DE ALTA: 13/05/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL					
Fratura do Maléolo Médial do tornozelo esquerdo					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo Médial					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA					
(X) MELHORADO		() REMOVIDO		() A PEDIDO	
() ÓBITO		() CURADO		()	
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)					
Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial esquerdo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com aposição de 2 parafusos esponjosos 45mm. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: ciprofloxacin + profenid					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. DR TORIBIO					
Dr. Klênio F. da Nóbrega CRM 11.094 PB Ortopedia e Traumatologia					
13/05/2020		DATA			
ASS. MÉDICO / C.R.M.					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO					
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 09:34:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209342472900000037157692>
Número do documento: 21020209342472900000037157692

Num. 38977814 - Pág. 14

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



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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 03084.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03084.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:05 horas do dia 02 de setembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu Heleno Elias Pereira, CPF nº 578.844.634-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Luzia Nunes de Lima e Jose Elias Pereira, natural de Princesa Isabel/PB, nascido(a) em 17/06/1968 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jornal Norte, Nº 706, bairro Marcos Moura, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Santa Rita/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Mumbaba, Zona Rural, Santa Rita/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/05/20 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 07/05/2020, POR VOLTA DAS 18:30, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR PRETA, ANO 2017, PLACA QFN-3074/PB, CHASSI 9C2KD1000HR012857, REGISTRADA EM NOME DE EDMILSON ELIAS PEREIRA, NO SÍTIO MUMBABA, ZONA RURAL, SANTA RITA/PB, QUANDO O PNEU DIANTEIRO DA MOTOCICLETA DERRAPOU NA AREIA, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MESMA E CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIROS AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DO MALEOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. KLÉNIO F. DA NOBREGA.

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

João Pessoa/PB, 02 de setembro de 2020.

JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

HELENO ELIAS PEREIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 03084.01.2020.1.00.401

1/1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200346145 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HELENO ELIAS PEREIRA **Data do acidente:** 07/05/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.(P-5)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE,REDUÇÃO,PARAFUSO).P-5-6-7
E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO 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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0272961/20

Vítima: HELENO ELIAS PEREIRA

CPF: 578.844.634-15

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 07/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HELENO ELIAS PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

HELENO ELIAS PEREIRA : 578.844.634-15

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: 28/09/2020
Nome: HELENO ELIAS PEREIRA
CPF: 578.844.634-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

HELENO ELIAS PEREIRA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 09:34:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209342472900000037157692>
Número do documento: 21020209342472900000037157692

Num. 38977814 - Pág. 17



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08565812420208152001

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

DO LAUDO PERICIAL

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

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.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 29 de janeiro 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 - 02/02/2021 09:34:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209342504900000037157693>
Número do documento: 21020209342504900000037157693

Num. 38977815 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/02/2021 09:34:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020209342504900000037157693>
Número do documento: 21020209342504900000037157693

Num. 38977815 - Pág. 2