



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
38534865	02/02/2021 09:34	<a href="#">Petição</a>	Petição
38977814	02/02/2021 09:34	<a href="#">2775521_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
38977815	02/02/2021 09:34	<a href="#">2775521_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

ANEXO





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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 16164965

Pag. 01703/01704 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

**Rio de Janeiro, 20 de 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

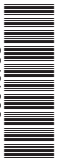
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01515/01516 - carta\_15R - INVALIDEZ

00010758





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DADS (DESAPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE				
2 - Nº do sinistro ou AG:	3 - CPF da vítima: 578.844.634-15	4 - Nome completo da vítima: Heleno Elias Pereira		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR JOSEF Nº 46/2002				
5 - Nome completo: Heleno Elias Pereira		6 - CPF: 578.844.634-15		
7 - Profissão: Motorista	8 - Endereço: R. Jornal O Norte	9 - Número: 706		
11 - Bairro: Marcos Moura	12 - Cidade: Santa Rita	13 - Estado: PB		
14 - CEP: 59.300-000	15 - E-mail:	16 - INSCRICAO: 33-99921-5263		
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome completo do Representante Legal:		18 - CPF do Representante Legal:		
19 - Profissão do Representante Legal:				
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.502,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <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 (PAI, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POLPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Itaú (141) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGÊNCIA: 1914 CONTA: 56127		AGÊNCIA: CONTA:		
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu li e entendi o conteúdo e dou, 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 não impossibilito 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 (assinale uma das opções):				
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou				
<input type="checkbox"/> O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou				
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Por 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. 1º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a, caso discordar do seu conteúdo.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
27 - Vítima tem filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	28 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Vítima deixou companheiro(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
30 - Vítima deixou filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima tem irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
33 - 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 209 do Código Penal.				
34 - Assinatura legível de quem assina a região pedido			35 - CPF legível de quem assina a região pedido	36 - (*) Assinatura de quem assina a região pedido
37 - Local e Data, 40 - Local e Data, 41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)			42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
43 - Assinatura do Procurador (se houver)			44 - Assinatura do testemunha	

FPS.001.0002/2019



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



**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:**

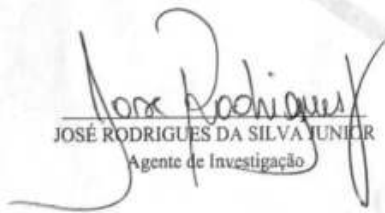
Local: Sítio Mumbaba, Zona Rural, Santa Rita/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/05/20 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**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. KLÊNIO 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







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DADS (DESAPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE				
2 - Nº do sinistro ou AG:	3 - CPF da vítima: 578.844.634-15	4 - Nome completo da vítima: Heleno Elias Penina		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR JOSEF Nº 46/2002				
5 - Nome completo: Heleno Elias Penina		6 - CPF: 578.844.634-15		
7 - Profissão: Motorista	8 - Endereço: R. Jornal O Norte	9 - Número: 706		
11 - Bairro: Marcos Moura	12 - Cidade: Santa Rita	13 - Estado: PB		
14 - CEP: 59.300-000	15 - E-mail:	16 - INSCRICAO: 33-99921-5263		
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome completo do Representante Legal:		18 - CPF do Representante Legal:		
19 - Profissão do Representante Legal:				
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.502,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <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 (PAI, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POLPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGÊNCIA: 1914 CONTA: 56127 B				
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:				
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu li e entendi o conteúdo e dou, 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 não impossibilito 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 (assinale uma das opções):				
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou				
<input type="checkbox"/> O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou				
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Por 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. 1º, §3º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a, caso discordar do seu conteúdo.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (ou Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima tem filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
31 - Vítima tem irmão(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - 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 209 do Código Penal.				
34 - Assinatura legível de quem assina a região pedido			35 - CPF legível de quem assina a região pedido	36 - CPF legível de quem assina a região pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a região pedido			38 - 3ª Nome: CPF: Assinatura do testemunha	39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura do testemunha
40 - Local e Data, 41 - Assinatura do representante Legal (se houver) 42 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)				

FPS.001.0002/2019



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

# 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





COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITTY  
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ: \_\_\_\_\_  
Data: 07/05/2020  
Hora: 19:46:53  
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES DE  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE  
Nome: HELENO ELIAS PEREIRA  
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 Estado Civil: CASADO(A)  
Ocupação: SEM PROFISSAO  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Resp.: HELENO ELIAS PEREIRA  
Telem. Responsavel: 986539231 / IDENTIDADE: 1183593  
Precedencia: RUA

Transporte utilizado: CORPO DE BOMBEIROS  
Vítima de acidente por: NAO  
Vítima de violência por: NAO  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA  
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO  
PA: FR: [ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
FC: TP: [ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
Peso: Altura: [ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
Glicemia: IMC: [ ] Diarreia [ ] Agitado  
Circ. Abd: C2%: [ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vômito  
Observacao  
Exame Principal  
VITIMA DE QUEDA DE MOTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

paciente trazido pelo Bombeiro, com queixa de queda de moto, sem lesões aparentes, referiu trauma e dor no tornozelo e pé direito.  
Exame físico: B.O. normal, hidratado, sem sinais de trauma aparente, sem alterações de pele, mucosas e pontos vitais dentro da normalidade.

Diagnostico

Trauma Tornozelo e Pé direito

Prescrição

Conduta

Horario da medicação

Kerginaldo Gondim  
Cirurgião Geral  
CRM-PB 11146



three

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM					
Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário		Evolução
	<i>Injeção</i>				
	(C)				
	Cm: Inten				

PROCEDIMENTO REALIZADO:

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

DESTINO DO PACIENTE:

( ) Residência ( ) Transferido ( ) Desistência ( ) U.TI  
( ) Alta a Pedido ( ) Enfermaria Óbito: ( ) Atestado ( ) S.V.O ( )

Assinatura e Carimbo do Médico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: \_\_\_\_\_ Data da Admissão: 08/05/20  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ 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 Pescoço:** ☐ 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 ☐ Solução ☐ 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-reposou ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

**SN e PSQ:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor \_\_\_\_\_



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho 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: *Infecção*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Condução: *Leve*

*Leve*

*Exame*

\_\_\_\_\_

**Toribio Gomes Pereira**  
MÉDICO - CIRURGIÃO DE ORELHA, NARIZ E GARGANTA  
CRM-PB 6350 TEST 12463

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





DESCRIÇÃO 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:

Dr. Klênio F. da Nóbrega  
CRM 11.094 PB  
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM

Data: 13/05/2020

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



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA					
NOME: HELENO ELIAS PEREIRA					
IDADE: 55a	SEXO: MAS	COH	ELÉRICA	PROFISSIONAL N°	
DATA DE ADMISSÃO: 07/05/2020		DATA DE ALTA: 13/05/2020		Ortopedia	UNID: 100
DIAGNÓSTICO INICIAL		TEMPO DE PERMANÊNCIA			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		DD 582,5			
OUTROS DIAGNÓSTICOS		O mesmo			
PRINCIPAIS EXAMES					
Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo Medial					
TERAPÊUTICA 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	( ) CURADO	( )	
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO <small>HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÃO</small>					
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: ciprofloxacino + profenid					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. DR TORIBIO					
13/05/2020			Dr. Klênio F. da Nobrega CRM 11.094 PB Ortopedia e Traumatologia		
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					









**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:**

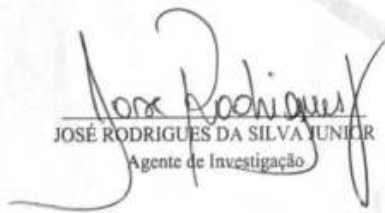
Local: Sítio Mumbaba, Zona Rural, Santa Rita/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/05/20 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**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. KLÊNIO 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



## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### 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





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 Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

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

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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



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