



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 860	19/01/2021 20:22	2775521_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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 - 19/01/2021 20:22:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011920225503100000036744729>
Número do documento: 21011920225503100000036744729

Num. 38534860 - 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

LÍDER
Seguradora
Líder
Integridade e Profissionalismo

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

2 - NP do acidente ou AGC: CPF da vítima: 570.844.634-15 **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 SUSEP Nº 46/2012

5 - Nome completo: *Heleno Elias Pereira* **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 - CEP:** *03* **14 - CEP:** *5830-000*
15 - E-mail: *16 - Tel (DDO):* *03-99921-9253*

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).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 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: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPIANÇA (Sómete para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (227) <input type="checkbox"/> Itaú (341) OP013	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: <i>1914</i> CONTA: <i>56127</i> B	(Informar o digito se maior) (Informar o digito se maior)
[Informar o digito se maior] [Informar o digito se maior]	

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/vencimento do Seguro DPVAT e que eu fui 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 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 a Seguradora Líder a solicitar o preenchimento da anotação do meu pedido 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 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 divergir do seu conteúdo.

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

24 - 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 **29 - Se teve filhos, informar:** _____ **30 - Vítima deixou neto(na) (nieto(na)):** Sim **31 - Vítima teve irmãos:** Sim **32 - Se tinha irmãos, informar:** _____ **33 - Vítima deixou pais/idosos vivos?** Sim **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 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.

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:** _____ **39 - 2º | Nome:** _____

40 - Local e Data: _____ **41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):** *Heleno Elias Pereira* **42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):** _____

43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____

44 - Assinatura da Seguradora Líder (se houver): _____

45 - Assinatura da testemunha: _____

46 - Assinatura da testemunha: _____

47 - Assinatura da testemunha: _____

48 - Assinatura da testemunha: _____

49 - Assinatura da testemunha: _____

50 - Assinatura da testemunha: _____

51 - Assinatura da testemunha: _____

52 - Assinatura da testemunha: _____

53 - Assinatura da testemunha: _____

54 - Assinatura da testemunha: _____

55 - Assinatura da testemunha: _____

56 - Assinatura da testemunha: _____

57 - Assinatura da testemunha: _____

58 - Assinatura da testemunha: _____

59 - Assinatura da testemunha: _____

60 - Assinatura da testemunha: _____

61 - Assinatura da testemunha: _____

62 - Assinatura da testemunha: _____

63 - Assinatura da testemunha: _____

64 - Assinatura da testemunha: _____

65 - Assinatura da testemunha: _____

66 - Assinatura da testemunha: _____

67 - Assinatura da testemunha: _____

68 - Assinatura da testemunha: _____

69 - Assinatura da testemunha: _____

70 - Assinatura da testemunha: _____

71 - Assinatura da testemunha: _____

72 - Assinatura da testemunha: _____

73 - Assinatura da testemunha: _____

74 - Assinatura da testemunha: _____

75 - Assinatura da testemunha: _____

76 - Assinatura da testemunha: _____

77 - Assinatura da testemunha: _____

78 - Assinatura da testemunha: _____

79 - Assinatura da testemunha: _____

80 - Assinatura da testemunha: _____

81 - Assinatura da testemunha: _____

82 - Assinatura da testemunha: _____

83 - Assinatura da testemunha: _____

84 - Assinatura da testemunha: _____

85 - Assinatura da testemunha: _____

86 - Assinatura da testemunha: _____

87 - Assinatura da testemunha: _____

88 - Assinatura da testemunha: _____

89 - Assinatura da testemunha: _____

90 - Assinatura da testemunha: _____

91 - Assinatura da testemunha: _____

92 - Assinatura da testemunha: _____

93 - Assinatura da testemunha: _____

94 - Assinatura da testemunha: _____

95 - Assinatura da testemunha: _____

96 - Assinatura da testemunha: _____

97 - Assinatura da testemunha: _____

98 - Assinatura da testemunha: _____

99 - Assinatura da testemunha: _____

100 - Assinatura da testemunha: _____

101 - Assinatura da testemunha: _____

102 - Assinatura da testemunha: _____

103 - Assinatura da testemunha: _____

104 - Assinatura da testemunha: _____

105 - Assinatura da testemunha: _____

106 - Assinatura da testemunha: _____

107 - Assinatura da testemunha: _____

108 - Assinatura da testemunha: _____

109 - Assinatura da testemunha: _____

110 - Assinatura da testemunha: _____

111 - Assinatura da testemunha: _____

112 - Assinatura da testemunha: _____

113 - Assinatura da testemunha: _____

114 - Assinatura da testemunha: _____

115 - Assinatura da testemunha: _____

116 - Assinatura da testemunha: _____

117 - Assinatura da testemunha: _____

118 - Assinatura da testemunha: _____

119 - Assinatura da testemunha: _____

120 - Assinatura da testemunha: _____

121 - Assinatura da testemunha: _____

122 - Assinatura da testemunha: _____

123 - Assinatura da testemunha: _____

124 - Assinatura da testemunha: _____

125 - Assinatura da testemunha: _____

126 - Assinatura da testemunha: _____

127 - Assinatura da testemunha: _____

128 - Assinatura da testemunha: _____

129 - Assinatura da testemunha: _____

130 - Assinatura da testemunha: _____

131 - Assinatura da testemunha: _____

132 - Assinatura da testemunha: _____

133 - Assinatura da testemunha: _____

134 - Assinatura da testemunha: _____

135 - Assinatura da testemunha: _____

136 - Assinatura da testemunha: _____

137 - Assinatura da testemunha: _____

138 - Assinatura da testemunha: _____

139 - Assinatura da testemunha: _____

140 - Assinatura da testemunha: _____

141 - Assinatura da testemunha: _____

142 - Assinatura da testemunha: _____

143 - Assinatura da testemunha: _____

144 - Assinatura da testemunha: _____

145 - Assinatura da testemunha: _____

146 - Assinatura da testemunha: _____

147 - Assinatura da testemunha: _____

148 - Assinatura da testemunha: _____

149 - Assinatura da testemunha: _____

150 - Assinatura da testemunha: _____

151 - Assinatura da testemunha: _____

152 - Assinatura da testemunha: _____

153 - Assinatura da testemunha: _____

154 - Assinatura da testemunha: _____

155 - Assinatura da testemunha: _____

156 - Assinatura da testemunha: _____

157 - Assinatura da testemunha: _____

158 - Assinatura da testemunha: _____

159 - Assinatura da testemunha: _____

160 - Assinatura da testemunha: _____

161 - Assinatura da testemunha: _____

162 - Assinatura da testemunha: _____

163 - Assinatura da testemunha: _____

164 - Assinatura da testemunha: _____

165 - Assinatura da testemunha: _____

166 - Assinatura da testemunha: _____

167 - Assinatura da testemunha: _____

168 - Assinatura da testemunha: _____

169 - Assinatura da testemunha: _____

170 - Assinatura da testemunha: _____

171 - Assinatura da testemunha: _____

172 - Assinatura da testemunha: _____

173 - Assinatura da testemunha: _____

174 - Assinatura da testemunha: _____

175 - Assinatura da testemunha: _____

176 - Assinatura da testemunha: _____

177 - Assinatura da testemunha: _____

178 - Assinatura da testemunha: _____

179 - Assinatura da testemunha: _____

180 - Assinatura da testemunha: _____

181 - Assinatura da testemunha: _____

182 - Assinatura da testemunha: _____

183 - Assinatura da testemunha: _____

184 - Assinatura da testemunha: _____

185 - Assinatura da testemunha: _____

186 - Assinatura da testemunha: _____

187 - Assinatura da testemunha: _____

188 - Assinatura da testemunha: _____

189 - Assinatura da testemunha: _____

190 - Assinatura da testemunha: _____

191 - Assinatura da testemunha: _____

192 - Assinatura da testemunha: _____

193 - Assinatura da testemunha: _____

194 - Assinatura da testemunha: _____

195 - Assinatura da testemunha: _____

196 - Assinatura da testemunha: _____

197 - Assinatura da testemunha: _____

198 - Assinatura da testemunha: _____

199 - Assinatura da testemunha: _____

200 - Assinatura da testemunha: _____

201 - Assinatura da testemunha: _____

202 - Assinatura da testemunha: _____

203 - Assinatura da testemunha: _____

204 - Assinatura da testemunha: _____

205 - Assinatura da testemunha: _____

206 - Assinatura da testemunha: _____

207 - Assinatura da testemunha: _____

208 - Assinatura da testemunha: _____

209 - Assinatura da testemunha: _____

210 - Assinatura da testemunha: _____

211 - Assinatura da testemunha: _____

212 - Assinatura da testemunha: _____

213 - Assinatura da testemunha: _____

214 - Assinatura da testemunha: _____

215 - Assinatura da testemunha: _____

216 - Assinatura da testemunha: _____

217 - Assinatura da testemunha: _____

218 - Assinatura da testemunha: _____

219 - Assinatura da testemunha: _____

220 - Assinatura da testemunha: _____

221 - Assinatura da testemunha: _____

222 - Assinatura da testemunha: _____

223 - Assinatura da testemunha: _____

224 - Assinatura da testemunha: _____

225 - Assinatura da testemunha: _____

226 - Assinatura da testemunha: _____

227 - Assinatura da testemunha: _____

228 - Assinatura da testemunha: _____

229 - Assinatura da testemunha: _____

230 - Assinatura da testemunha: _____

231 - Assinatura da testemunha: _____

232 - Assinatura da testemunha: _____

233 - Assinatura da testemunha: _____

234 - Assinatura da testemunha: _____

235 - Assinatura da testemunha: _____

236 - Assinatura da testemunha: _____

237 - Assinatura da testemunha: _____

238 - Assinatura da testemunha: _____

239 - Assinatura da testemunha: _____

240 - Assinatura da testemunha: _____

241 - Assinatura da testemunha: _____

242 - Assinatura da testemunha: _____

243 - Assinatura da testemunha: _____

244 - Assinatura da testemunha: _____

245 - Assinatura da testemunha: _____

246 - Assinatura da testemunha: _____

247 - Assinatura da testemunha: _____

248 - Assinatura da testemunha: _____

249 - Assinatura da testemunha: _____

250 - Assinatura da testemunha: _____

251 - Assinatura da testemunha: _____

252 - Assinatura da testemunha: _____

253 - Assinatura da testemunha: _____

254 - Assinatura da testemunha: _____

255 - Assinatura da testemunha: _____

256 - Assinatura da testemunha: _____

257 - Assinatura da testemunha: _____

258 - Assinatura da testemunha: _____

259 - Assinatura da testemunha: _____

260 - Assinatura da testemunha: _____

261 - Assinatura da testemunha: _____

262 - Assinatura da testemunha: _____

263 - Assinatura da testemunha: _____

264 - Assinatura da testemunha: _____

265 - Assinatura da testemunha: _____

266 - Assinatura da testemunha: _____

267 - Assinatura da testemunha: _____

268 - Assinatura da testemunha: _____

269 - Assinatura da testemunha: _____

270 - Assinatura da testemunha: _____

271 - Assinatura da testemunha: _____

272 - Assinatura da testemunha: _____

273 - Assinatura da testemunha: _____

274 - Assinatura da testemunha: _____

275 - Assinatura da testemunha: _____

276 - Assinatura da testemunha: _____

277 - Assinatura da testemunha: _____

278 - Assinatura da testemunha: _____

279 - Assinatura da testemunha: _____

280 - Assinatura da testemunha: _____

281 - Assinatura da testemunha: _____

282 - Assinatura da testemunha: _____

283 - Assinatura da testemunha: _____

284 - Assinatura da testemunha: _____

285 - Assinatura da testemunha: _____

286 - Assinatura da testemunha: _____

287 - Assinatura da testemunha: _____

288 - Assinatura da testemunha: _____

289 - Assinatura da testemunha: _____

290 - Assinatura da testemunha: _____

291 - Assinatura da testemunha: _____

292 - Assinatura da testemunha: _____

293 - Assinatura da testemunha: _____

294 - Assinatura da testemunha: _____

295 - Assinatura da testemunha: _____

296 - Assinatura da testemunha: _____

297 - Assinatura da testemunha: _____

298 - Assinatura da testemunha: _____

299 - Assinatura da testemunha: _____

300 - Assinatura da testemunha: _____

301 - Assinatura da testemunha: _____

302 - Assinatura da testemunha: _____

303 - Assinatura da testemunha: _____

304 - Assinatura da testemunha: _____

305 - Assinatura da testemunha: _____

306 - Assinatura da testemunha: _____

307 - Assinatura da testemunha: _____

308 - Assinatura da testemunha: _____

309 - Assinatura da testemunha: _____

310 - Assinatura da testemunha: _____

311 - Assinatura da testemunha: _____

312 - Assinatura da testemunha: _____

313 - Assinatura da testemunha: _____

314 - Assinatura da testemunha: _____

315 - Assinatura da testemunha: _____

316 - Assinatura da testemunha: _____

317 - Assinatura da testemunha: _____

318 - Assinatura da testemunha: _____

319 - Assinatura da testemunha: _____

320 - Assinatura da testemunha: _____

321 - Assinatura da testemunha: _____

322 - Assinatura da testemunha: _____

323 - Assinatura da testemunha: _____

324 - Assinatura da testemunha: _____

325 - Assinatura da testemunha: _____

326 - Assinatura da testemunha: _____

327 - Assinatura da testemunha: _____

328 - Assinatura da testemunha: _____

329 - Assinatura da testemunha: _____

330 - Assinatura da testemunha: _____

331 - Assinatura da testemunha: _____

332 - Assinatura da testemunha: _____

333 - Assinatura da testemunha: _____

334 - Assinatura da testemunha: _____

335 - Assinatura da testemunha: _____

336 - Assinatura da testemunha: _____

337 - Assinatura da testemunha: _____

338 - Assinatura da testemunha: _____

339 - Assinatura da testemunha: _____

340 - Assinatura da testemunha: _____

341 - Assinatura da testemunha: _____

342 - Assinatura da testemunha: _____

343 - Assinatura da testemunha: _____

344 - Assinatura da testemunha: _____

345 - Assinatura da testemunha: _____

346 - Assinatura da testemunha: _____

347 - Assinatura da testemunha: _____

348 - Assinatura da testemunha: _____

349 - Assinatura da testemunha: _____

350 - Assinatura da testemunha: _____

351 - Assinatura da testemunha: _____

352 - Assinatura da testemunha: _____

353 - Assinatura da testemunha: _____

354 - Assinatura da testemunha: _____

355 - Assinatura da testemunha: _____

356 - Assinatura da testemunha: _____

357 - Assinatura da testemunha: _____

358 - Assinatura da testemunha: _____

359 - Assinatura da testemunha: _____

360 - Assinatura da testemunha: _____

361 - Assinatura da testemunha: _____

362 - Assinatura da testemunha: _____

363 - Assinatura da testemunha: _____

364 - Assinatura da testemunha: _____

365 - Assinatura da testemunha: _____

366 - Assinatura da testemunha: _____

367 - Assinatura da testemunha: _____

368 - Assinatura da testemunha: _____

369 - Assinatura da testemunha: _____

370 - Assinatura da testemunha: _____

371 - Assinatura da testemunha: _____

372 - Assinatura da testemunha: _____

373 - Assinatura da testemunha: _____

374 - Assinatura da testemunha: _____

375 - Assinatura da testemunha: _____

376 - Assinatura da testemunha: _____

377 - Assinatura da testemunha: _____

378 - Assinatura da testemunha: _____

379 - Assinatura da testemunha: _____

380 - Assinatura da testemunha: _____

381 - Assinatura da testemunha: _____

382 - Assinatura da testemunha: _____

383 - Assinatura da testemunha: _____

384 - Assinatura da testemunha: _____

385 - Assinatura da testemunha: _____

386 - Assinatura da testemunha: _____

387 - Assinatura da testemunha: _____

388 - Assinatura da testemunha: _____

389 - Assinatura da testemunha: _____

390 - Assinatura da testemunha: _____

391 - Assinatura da testemunha: _____

392 - Assinatura da testemunha: _____

393 - Assinatura da testemunha: _____

394 - Assinatura da testemunha: _____

395 - Assinatura da testemunha: _____

396 - Assinatura da testemunha: _____

397 - Assinatura da testemunha: _____

398 - Assinatura da testemunha: _____

399 - Assinatura da testemunha: _____

400 - Assinatura da testemunha: _____

401 - Assinatura da testemunha: _____

402 - Assinatura da testemunha: _____

403 - Assinatura da testemunha: _____

404 - Assinatura da testemunha: _____

405 - Assinatura da testemunha: _____

406 - Assinatura da testemunha: _____

407 - Assinatura da testemunha: _____

408 - Assinatura da testemunha: _____

409 - Assinatura da testemunha: _____

410 - Assinatura da testemunha: _____

411 - Assinatura da testemunha: _____

412 - Assinatura da testemunha: _____

413 - Assinatura da testemunha: _____

414 - Assinatura da testemunha: _____

415 - Assinatura da testemunha: _____

416 - Assinatura da testemunha: _____

417 - Assinatura da testemunha: _____

418 - Assinatura da testemunha: _____

419 - Assinatura da testemunha: _____

420 - Assinatura da testemunha: _____

421 - Assinatura da testemunha: _____

422 - Assinatura da testemunha: _____

423 - Assinatura da testemunha: _____

424 - Assinatura da testemunha: _____

425 - Assinatura da testemunha: _____

426 - Assinatura da

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 20:22:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011920225503100000036744729>
Número do documento: 21011920225503100000036744729

Num. 38534860 - Pág. 4

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 Penina*

5 - Nome completo: *Heleno Elias Penina* 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 segurado a liberdade de analisar o meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas 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 concordânia com a futura ação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disserem do 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 filhos, 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, estando certo, ainda, de que qualquer omisão no declarativo não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - NÃO AUTORIZADO

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 - 3F | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data: _____
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Heleno Elias Penina*
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP.001 V002/2019



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 - 19/01/2021 20:22:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011920225503100000036744729>
Número do documento: 21011920225503100000036744729

Num. 38534860 - 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 Ata: Nao Regulada
Data: 07/05/2020
Hora: 19:46:53
Recepção: 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 Estado Civil: CASADO(A)
Ocupação: SEM PROFISSAO
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 médico) *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 Capnel

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 Câmbio do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

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



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: _____

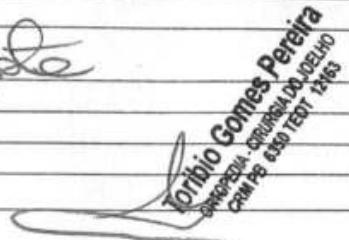
ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 20:22:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011920225503100000036744729>

Número do documento: 21011920225503100000036744729

Num. 38534860 - Pág. 10



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: 135.146 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 20:22:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011920225503100000036744729>

Número do documento: 21011920225503100000036744729

Num. 38534860 - Pág. 12

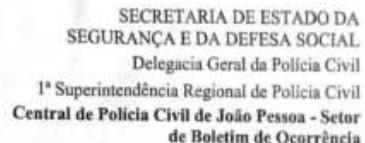
LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA					
PACIENTE: HELENO ELIAS PEREIRA		PROFISSIONAL			
IDADE: 54	SEXO: MASC	CRM:	CLÍNICA:	CRM:	CRM:
DATA DE ADMISSÃO: 07/05/2020		DATA DE ALTA: 13/05/2020		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL		Fratura do Maléolo Médial do tornozelo esquerdo			
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		O mesmo			
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES		Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo Médial			
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATHOLOGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ÓBITO		() REMOVIDO	() A PEDIDO	() 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					
<p style="text-align: right;">Dr. Klênio F. da Nóbrega CRM 11.094 PB Ortopedia e Traumatologia</p> <p>13/05/2020</p> <p style="text-align: center;">DATA</p> <p style="text-align: right;">ASS. MÉDICO / C.R.M.</p>					
<p>Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO</p> <p style="text-align: center;">CONTINUIDADE DE TRATAMENTO</p>					





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 20:22:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011920225503100000036744729>
Número do documento: 21011920225503100000036744729

Num. 38534860 - Pág. 14



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 03084.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: 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 Princess Isabel/PB, nascido(a) em 17/06/1968 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jornal Norte, N° 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, cientificando(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.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

HELENO ELIAS PEREIRA
HELENO ELIAS PEREIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 03084.01.2020.1.00.401

114



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 20:22:55
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101192022550310000036744729>
Número do documento: 2101192022550310000036744729

Núm. 38534860 - Pág. 15

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 - 19/01/2021 20:22:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011920225503100000036744729>
Número do documento: 21011920225503100000036744729

Num. 38534860 - Pág. 17