



Número: **0849505-46.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **20/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.075,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FERNANDO MARIANO DA SILVA (AUTOR)		NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO) ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45864090	16/07/2021 15:01	Petição	Petição
45864093	16/07/2021 15:01	2777266_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
45864474	16/07/2021 15:01	2777266_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235396

Vítima: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FERNANDO MARIANO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15910834





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, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235396

Vítima: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FERNANDO MARIANO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 01227/01228 - carta_02 - INVALIDEZ

00030614



Carta nº 1592586



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/07/2021 15:00:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071615005257800000043580592>

Número do documento: 21071615005257800000043580592



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, 24 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235396

Vítima: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), FERNANDO MARIANO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01721/01722 - carta_25 - INVALIDEZ





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, 05 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200235396

Vítima: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Data do Acidente: 20/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FERNANDO MARIANO DA SILVA

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\$ 3.375,00

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\$ 3.375,00

Recebedor: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000002159-8

Conta: 000000011240-2

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

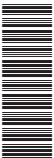
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00771/00772 - carta_15R - INVALIDEZ

00020386



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200235396
Nome do(a) Examinado(a): FERNANDO MARIANO DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): RUA JOSE FERNANDES MEDEIROS, SN,CENTRO
SAPE Paraíba - CEP: 58340-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSDS / Paraíba] 1112201
Data local do acidente: [20/12/2019]
Data local do exame: [20/07/2020] JOAO PESSOA - Paraíba

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
Fratura exposta da perna direita(pilão tibial direito). Fratura fechada da perna esquerda.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos na perna direita e fixador externo na perna esquerda que já foi retirado.
Complicações: Não houve complicações neste caso.
Data da Alta: 05/06/2020
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
Ao exame físico apresenta cicatrizes cirúrgicas em ambas as pernas e tornozelo direito, edema residual, rigidez articular e deficit de força motora de ambos os tornozelos.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Apresenta rigidez articular dos tornozelos direito e esquerdo, dificuldade para deambular, deficit de força motora de ambos os tornozelos.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" |
| <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> | |
| Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. (*)
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
Tornozelo - Direito
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
Tornozelo - Esquerdo
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
PERICIANDO APRESENTA DEFICIT EM AMBOS OS TORNOZELOS

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


João Bartolomeu Pinto Rabelo



CPF - 45681465420
CRM - Paraíba - 4518





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 759.956.204-44 4 - Nome completo da vítima: Fernando Mariano de Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Fernando Mariano de Silva 6 - CPF: 759.956.204-44

7 - Profissão: aposentado 8 - Endereço: R. José Guimarães Medeiros 9 - Número: 511 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 05334-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (11) 99921-9283

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0159 08 CONTA: 0011240 02

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ainda não nasceu)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido: 75345757453

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido: 75345757453

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido: 38 - 1ª Nome: Edilene Barbosa da Silva

38 - 1ª Nome: Edilene Barbosa da Silva

38 - 1ª Nome: Edilene Barbosa da Silva

38 - 1ª Nome: Edilene Barbosa da Silva

38 - 1ª Nome: Edilene Barbosa da Silva

38 - 1ª Nome: Edilene Barbosa da Silva

38 - 1ª Nome: Edilene Barbosa da Silva

38 - 1ª Nome: Edilene Barbosa da Silva

38 - 1ª Nome: Edilene Barbosa da Silva

38 - 1ª Nome: Edilene Barbosa da Silva

38 - 1ª Nome: Edilene Barbosa da Silva

38 - 1ª Nome: Edilene Barbosa da Silva

38 - 1ª Nome: Edilene Barbosa da Silva

38 - 1ª Nome: Edilene Barbosa da Silva



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00374.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00374.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:11 horas do dia 10 de janeiro 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 Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Fernando Mariano da Silva**, CPF nº 759.956.204-44, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Irene Maria da Conceição e Mariano Felix da Silva, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 23/01/1944 (76 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jose Fernandes Medeiros, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Sapé/PB, telefone(s) para contato (83) 99962-8966.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Napoleão Laureano, Xx, Sapé/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/12/19 12:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 20/12/2019, POR VOLTA DAS 12:10, ESTAVA CAMINHANDO A RUA NAPOLEÃO LAUREANO, CENTRO, SAPÉ/PB, QUANDO FOI ATROPELADO PELO VEÍCULO DE PLACA MNQ-6260/PE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA DA PERNA DIREITA E FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.

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 fê.

João Pessoa/PB, 28 de janeiro de 2020.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


FERNANDO MARIANO DA SILVA
Notificante

Procedimento Policial: 00374.01.2020.1.00.401

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 759.956.204-44 4 - Nome completo da vítima: Fernando Mariano de Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Fernando Mariano de Silva 6 - CPF: 759.956.204-44

7 - Profissão: aposentado 8 - Endereço: R. José Guimarães Medeiros 9 - Número: 511 10 - Complemento:

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 05334-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (11) 99921-9283

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ 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 POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0159 08 CONTA: 0011240 02

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no 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 tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasões)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 75345757453

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 759.956.204-44

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 1ª Nome: Elielme Barbosa da Silva

39 - 2ª Nome: Maria Aparecida da Silva

40 - Local e Data: São Paulo, 16/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 V002/2019

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FERNANDO MARIANO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02159-8

CONTA: 000000011240-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2307202005000000000023702159000000011240337500 PAGO



SIMONE MENDES ALVES DA SILVA
RUA JOSE FERNANDES MEDEIROS, S/N - CENTRO
SAPE/PA CEP: 68340000 (AG: 51)

Ligacao: MONOFÁSICO

Cis/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA

Roteiro: 17 - 51 - 170 - 1940

Medidor: 00008168473

Referencia: Jul/2019
Emissao: 26/07/2019

ENERGISA PAR
Br230, Km25 - Cristo Rei

CNPJ09

Nota Fiscal

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196**

Conta referente a

JUL/2019

Apresentação

26/07/2019

Data prevista
próxima leitura

27/08/2019

UC (Unidade Consumidora):

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 21/12/2019

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 05:13:12

58056-JB4 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVALANTI

FAX: () - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Num. Prontuario: 2019.12.002307

Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 759.956.204-44

CNS: 702101808755170 Sexo: M IDENTIDADE: 1112201-2 Fone: 991636433

Natural: SAPE/PB Data Nasc.: 23/01/1944 Id: 75 ano(s)

End: RUA URBANO GUEDES, 673

Bairro: CENTRO Cidade: SAPE UF: PB

Mae: IRENE MARIA DA CONCEICAO

Pai: MARIANO FELIX DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: APOSENTADO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: FERNANDO MARIANO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 991636433 / IDENTIDADE: 1112201-2

End: HOSPITAL DE SAPE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

HEETSHL

Exa Principal

Exa DOS OSSOS DA PERNA D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Fx exposto dos ossos perna há 42 h.

Diagnostico

Conduta

Exa dos ossos perna

Prescricao

Horario da medicacao

Co: solicitado Bloco. Emerg.

6h. (não dispono de

6h. (não dispono de

1 hora de reação).

CRM 890



[Signature]
Dra. Janelle F. Thomas, Florida
Osteopathic Chiropractor
CR# 8907

Dr. Pedro Thiago
TECH 16255
C-101 P-04-0002

[illegible]

PROCEDIMIENTO REALIZADO:

() Residência () Transferido () Desistência () U.T.I
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M.L

N. Eduardo Barreira da Silva
Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Edmarso Marques da Silva Data da Admissão: 21/12/19
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

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
[] Dispneia [] 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 PSO: [] 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 [] 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: *la epite de turgor e / ou de pele*Conduta: *Ap blue camp*

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<ul style="list-style-type: none"> - Pos o DDH sob o mesmo lençol - De costas, cabeça do ant - Aberto a cara
Incisão:	- Incisão na via lateral 20-25
Achados:	<ul style="list-style-type: none"> - Fratura completa com impação e fragmentação - Pequeno fragmento ósseo - Pequeno osso distal fragmento impoz a fixar - Co. pto
Conduta:	<ul style="list-style-type: none"> - Drenagem do local de fratura com 2 pontos - Pequeno osso distal fixado I-ABSORV - Fixado a 50 de - Opcão por soro iônico 31 Absorv - Fratura óssea
Fechamento:	- Sutura de 4/0 com 3 pontos
OBS:	<ul style="list-style-type: none"> - Anestesia com o mesmo lençol e 1h de uso - Pos após 20min de uso

Data: 13/01/2020

Dr. Thales Farias
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8799 - PE 21393
TEOT 15803
MÉDICO/CRM

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Fernando Manoel do Silva</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>08/02/20</u>	Cirurgião: <u>Dr. Temístocles</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Rx. exposta de pulso tibial</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>1 unido</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Pro. nêungio de</u> <u>Rx. exposta de pulso tibial</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (x) Não				Descreva: <u>Temístocles de A. R. Filho</u> ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA CRM-PB: 7046 / TEOT: 15747 / RQE: 5245	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (x) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (x) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	<p>Pt em DPT sob anestesia</p> <p>Antesepara + entorpeimento</p> <p>Apunção de corpos estranhos</p>
Incisão:	<p>Longitudinal em região antero-medial</p> <p>de punho D + longitudinal</p> <p>em região lateral de punho D</p>
Achados:	<p>Pt. com ferida em região lateral de</p> <p>punho D, com exudação purulenta.</p>
Conduta:	<p>Redução cuidadosa da fratura</p> <p>Redução da fratura de tíbia</p> <p>Apreensão de placa bloqueada +</p> <p>parafusos p/ fixação</p> <p>com fio 5/0, 91.</p>
Fechamento:	<p>Sutura</p> <p>Curativo</p>
OBS:	

Data: 08/06/20

Temístocles de A. R. Filho
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB: 7614 / RQE: 15747 / RQE: 5245

MÉDICO/CRM

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





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGRE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031000
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente FERNANDO MARIANO DA SILVA	BAE 1211805	Data/Hora Entrada 20/12/2019 13:46:21	Data Baixa 2019-12-20 17:50:46.0
Data de nascimento 23/01/1944	Idade 75a 10m 27d	Sexo Masculino	CNS 702101808755170
Mãe IRENE MARIA DA CONCEICAO			Telefone de Contato (83) 991636433
Endereço URBANO GUEDES, 673	Bairro CENTRO	Município SAPE	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JANSEN HENRIQUES CEZARINO	UF PB
Data/Hora Classificação 20/12/2019 13:55:52		Data/Hora Prescrição 20/12/2019 17:50:46	Nº Cons. Regional 11385/PB

SINAIS VITAIS

Pressão Arterial Sistólica:	Pressão Arterial Diastólica :	Frequência Cardíaca:	Frequência Respiratória:
Temperatura Corporal:	Saturação (spO2):	Hemoglicoteste (HGT):	Cor da Pele: NORMAL
Peso:	Altura (m): 0		

ANAMNESE

#ORTOPEDIA paciente vítima de atropelamento consciente orientado , referindo ferimento cortante na cabeça e dor na perna direito e esquerda. AO EXAME: EGR, ADM LIMITADO, NEUROVASCULAR OK RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA DIREITA + FRATURA DE MALEOLO LATERAL EM PERNA ESQUERDA LIBERADO PELA NEUROCIRURGIA CD: CEFAZOLINA 2 G + SAT + ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Alta

Usuário
**JANSEN
HENRIQUES
CEZARINO**

Data e Hora
20/12/2019 17:50:46

Motivo de
Alta
**ALTA
MEDICA**

Observações:
#ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO CONSCIENTE ORIENTADO , REFERINDO FERIMENTO CORTANTE NA CABEÇA E DOR NA PERNA DIREITO E ESQUERDA. AO EXAME: EGR, ADM LIMITADO, NEUROVASCULAR OK RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA DE TIBIA E FIBULA DIREITA + FRATURA DE MALEOLO LATERAL EM PERNA ESQUERDA LIBERADO PELA NEUROCIRURGIA CD: CEFAZOLINA 2 G + SAT + ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

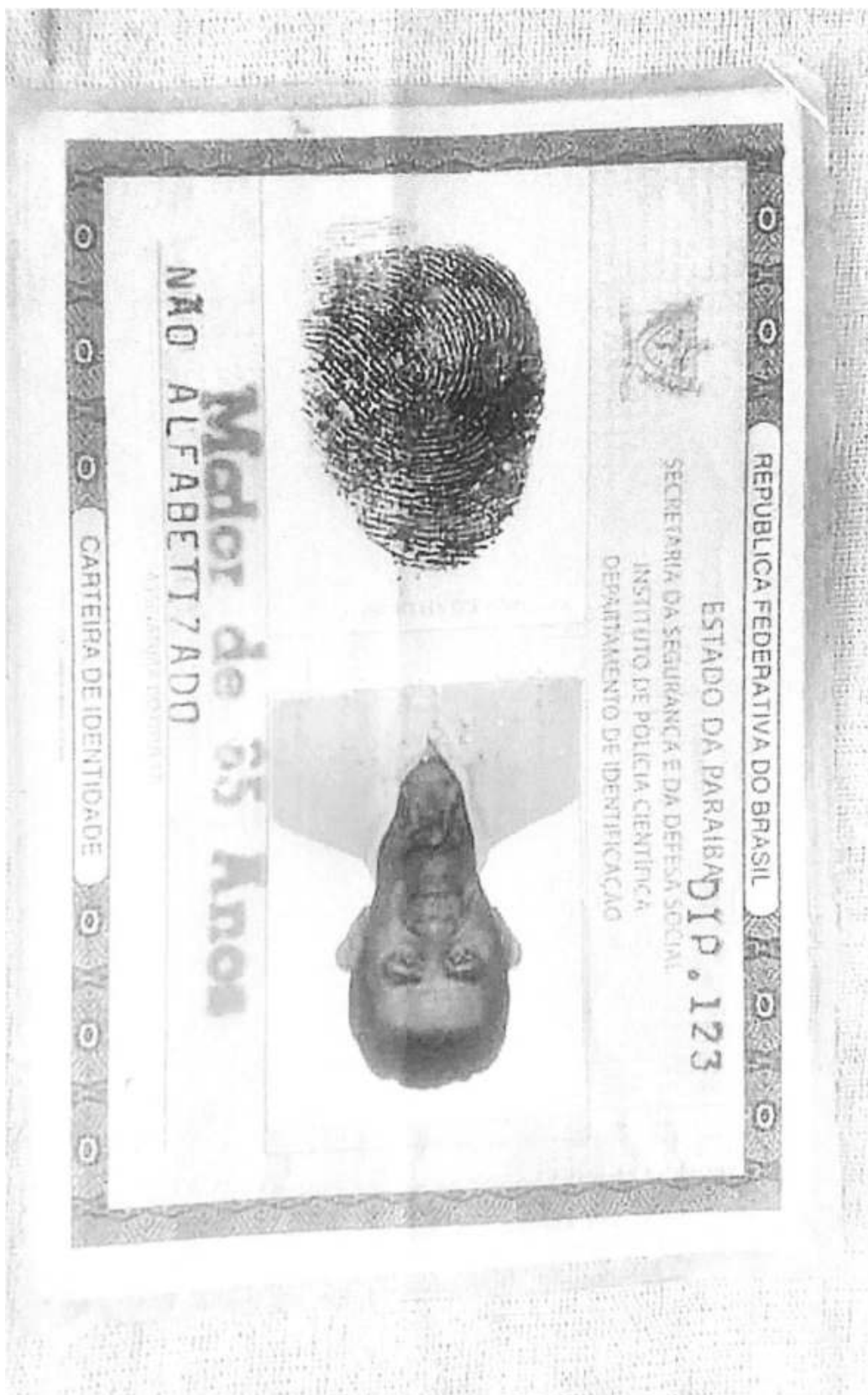
Módulo
Dr. Jansen
CRM: 11385

Enfermeiro

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM: 11385/PB)

Boletim registrado por: FLAVIA MARIA RODRIGUES SILVEIRA DE MORAIS em 20/12/2019 13:47:38





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

NOME

1.112.201 - 2 VIA

DATA DE
EXPEDIÇÃO

06/11/2009

FILIAÇÃO

MARIANO FELIX DA SILVA
IRENE MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SAPE-PB

23/01/1944

DOC ORIGEM

CASAM N.6199 FLS.97 LIV.B29

CPF

CARTORIO SAPE-PB

759.956.204-44

João Pereira PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200235396 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FERNANDO MARIANO DA SILVA **Data do acidente:** 20/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da perna direita(pilão tibial direito).
Fratura fechada da perna esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico apresenta cicatrizes cirúrgicas em ambas as pernas e tornozelo direito, edema residual, rigidez articular e deficit de força motora de ambos os tornozelos.

Resultados terapêuticos: houve consolidação das fraturas porém, resultou em edema residual nos tornozelos, periciando idoso, ainda com dificuldade para andar, em uso de cadeira de rodas, com rigidez articular em ambos os tornozelos e deficit de força motora de ambos os tornozelos.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIA DO(A) TORNOZELO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIA DO(A) TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/07/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00



1020

VALID

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



0203

Polegar Direito



Suelio Moreira da Silva

Assinado por SUELIO

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

Filho



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

33.390.006-6

DATA DE
EXPEDIÇÃO

NOME

CEZARIO MARIANO DA SILVA

FILIAÇÃO

FERNANDO MARIANO DA SILVA

MARIA TERÊZA DOS SANTOS SILVA

NATURALIDADE

SAPÉ/PB

DOC ORIGEM

C. NASC LIV 3A

FLS 112V TERM 19

SAPÉ

PB

CPF

753.457.574-53

001

1 Via

VENCIU PRESENCIALMENTE
PRIMEIRO DO DIA 19/08/2014

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VALIDA





À rogo

VALID

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL



0203

Polegar Direito



Lejiano e. carvalho da Silva
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Filho



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CERAL 33.390.006-6

DATA DE EXPEDIÇÃO 13/10/2017

NOME
CEZARIO MARIANO DA SILVA

FILIAÇÃO
FERNANDO MARIANO DA SILVA

MARIA TERÉZA DOS SANTOS SILVA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

SAPÉ/PB

18/12/1969

DOC. ORIGIN

C. NASC LIV 3A

FLS 112V TERM 1900

SAPÉ

PB

CPF

753.457.574-53

001

1 Via

VENÍCIUS MOREIRA TORRES
PRESIDENTE DO SIEPLAN RJ
02/08/2018

PIS 18087453293

0203

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.682.782 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 31/08/2011

NOME EDILANE BARBOSA DA SILVA

FILIAÇÃO FERNANDO MARIANO DA SILVA
EDIJANE BARBOSA DA SILVA

NATURALIDADE SAPE-PB DATA DE NASCIMENTO 02/06/1992

ODC ORIGEM NASC.N.30622 FLS.220 LIV.A-34
CARTORIO SAPE-PB

CPF 016.317.574-82

Assinatura do Diretor Israel Aureliano de Silva

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-236

Edilane Barbosa da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0184174/20

Vítima: FERNANDO MARIANO DA SILVA

CPF: 759.956.204-44

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FERNANDO MARIANO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FERNANDO MARIANO DA SILVA : 759.956.204-44

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/07/2020
Nome: FERNANDO MARIANO DA SILVA
CPF: 759.956.204-44

FERNANDO MARIANO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/07/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08495054620208152001

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 **FERNANDO MARIANO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

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

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

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 3.375,00 (três mil e trezentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

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



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

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

Cabe ressaltar que não há que se falar em recebimento de indenização em grau total, sem atentar-se que o autor já recebeu conforme a Lei 11.945/2009, ou seja, nos casos de invalidez permanente TOTAL a vítima receberá o montante de ATÉ R\$ 13.500,00, não existindo a possibilidade de receber além deste valor alegando novo sinistro e nova lesão, o que levaria a parte autora a beneficiar-se economicamente as expensas da ré e sob o manto do Poder Judiciário, não podendo receber além do limite máximo indenizável.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 14 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

