



Número: **0826167-43.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                          |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                   |
|---------------------------------|--------------------|--|-------------------|
| GERSON DA COSTA PADILHA (AUTOR) |                    | ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)            |                   |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU)      |                    | JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)             |                   |
| Documentos                      |                    |  |                   |
| Id.                             | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo              |
| 38515<br>111                    | 19/01/2021 12:01   | <a href="#">2778861_CONTESTACAO_Anexo_02</a> | Outros Documentos |



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

Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200076867

Vítima: GERSON DA COSTA PADILHA

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERSON DA COSTA PADILHA

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 15519271

Pag. 00553/00554 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200076867

Vítima: GERSON DA COSTA PADILHA

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GERSON DA COSTA PADILHA**

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\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos  
25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: GERSON DA COSTA PADILHA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000044

Conta: 000000119542-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

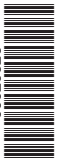
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01257/01258 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020629





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

042.886.334-51

4 - Nome completo da vítima:

Berson da Costa Padilha

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

5 - Nome completo:

Berson da Costa Padilha

6 - CPF:

042.886.334-51

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua Gal. Vitorino

9 - Número:

97

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Maranguape

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58000-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(31) 986634900

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0049

CONTA: 003195427

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER 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)

☐ Divorçado

☐ 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 (s/nascido)?

☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem nesta 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 de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01099.01.2020.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01099.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:45 horas do dia 29 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 **Gerson da Costa Padilha**, CPF nº 042.886.334-51, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agente de Bagagem, filho(a) de Lenilda da Costa Padilha e Sedoc de Sales Padilha, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 04/05/1975 (44 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua General Vitorino, Nº 97, bairro Centro, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Mamanguape/PB, telefone(s) para contato (83) 99379-7959.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua General Luiz Inacio, Carpintaria Silva, Mamanguape/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/10/19 17:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 16/10/2019, POR VOLTA DAS 17:40, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA YAMAHA LANDER DE COR PRETA, ANO 2008/19, PLACA KJN-8043/PB, CHASSI 9C6KG021090034485, REGISTRADA EM NOME DE JADSON DIAS DE ARAUJO, NA RUA CORONEL LUIS INACIO, CENTRO, MAMANGUAPE/PB, QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO E VEIO A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS AO HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE, ONDE FOI ATENDIDO E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE PUNHO ESQUERDO, SENDO TRANSFERIDO AO HOSPITAL SAMARITANO, POR CONTA DE TER CONVENIO UNIMED, CONFORME CERTIDÃO 0072/2020, ASSINADA PELA MEDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA; QUE NO SAMARITANO REALIZOU PROCEDIMENTO CIRURGICO.

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, 29 de janeiro de 2020.

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
GERSON DA COSTA PADILHA  
Noticiante

Procedimento Policial: 01099.01.2020.1.00.401

1/1







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

042.886.334-51

4 - Nome completo da vítima:

Berson da Costa Padilha

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

5 - Nome completo:

Berson da Costa Padilha

6 - CPF:

042.886.334-51

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

Rua Gal. Vitorino

9 - Número:

97

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Maranguape

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58000-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(31) 986634900

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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0049

CONTA: 003195427

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER 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 (assinalar uma das opções):

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER 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)

☐ Divorçado

☐ 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 (s/nascido)?

☐ 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 LIDER 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 de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



## CERTIDÃO

Nº. 0072/2020

Atendendo solicitação de **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity certifica a constatação de Ficha Atendimento Nº271072 e Prontuário nº 2019.10.1912 pertencentes ao paciente **GERSON DA COSTA PADILHA** que foi atendido dia 16/10/2019 às 21h06min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em punho esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do radio distal. Paciente possui convenio Unimed, sendo assim o mesmo foi transferido para Unimed.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de janeiro de 2020

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médico intensivista  
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883



# 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: 27/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERSON DA COSTA PADILHA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000119542-7

---

---

Nr. da Autenticação B906F0A3E310766A



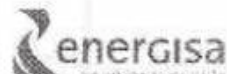


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para sempre pagamento da nota fiscal emitida da empresa emissora. Nº 032.483.183



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insu. Est. 15.013.523-0

## DADOS DO CLIENTE

LENILDA COSTA PADILHA  
RUA GAL VITORINO 97  
MAMANGUAPE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/333447-1

## REFERÊNCIA

OUT/2019

## APRESENTAÇÃO

14/10/2019

## CONSUMO

325

## VENCIMENTO

21/10/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 244,24

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 07373.454177 9 80490000024424

Pagador: LENILDA COSTA PADILHA CNPJ/CPF: 499.526.684-49

RUA GAL VITORINO 97 - CENTRO - MAMANGUAPE / PB - CEP 00000-000

| Nosso-Número      | Nr Documento    | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
|-------------------|-----------------|-----------------|--------------------|------------|
| 26249120007373454 | 000333447201910 | 21/10/2019      | R\$ 244,24         |            |

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680  
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

09.095.183/0001-40



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 271072 Atd: Nao Regul  
Data: 16/10/2019  
Hora: 21:06:58  
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: GERSON DA COSTA PADILHA

Num. de vezes atendido: 1

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

Num. Prontuario: 2019.10.001912

CNS: 702505384896732 Sexo: M IDENTIDADE: 200570 Fone: 32921315

Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 04/05/1975 Id: 44 ano(s)

End.: RUA GENERAL VITORINO, 97

Bairro: CENTRO Cidade: MAMANGUAPE UF: PB

Mae: LENILDA DA COSTA PADILHA

Pai: SEDOC DE SALES PADILHA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUXILIAR SEM ESPECIFICACAO (SEM 20.GRAU)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Res.: GERSON DA COSTA PADILHA

Tel/Doc. Responsavel: 32921315 / IDENTIDADE: 200570

Procedencia: HOSPITAL MAMANGUAPE

Transporte utilizado: CARRO DA CIDADE

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:

FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC:

TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso:

Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Q: na Principal

Observacao

TRAUMA EM MSE, CORRENTE DE QUEDA DE MOTO.

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Queda de moto no 06 horas com 27*  
*anos*

Diagnostico

Conduta

*Fratura de tibia e fêmur P/100 cur*

Prescrição

Horario da medicacao

*2019.10.16 21:06:58*  
*2019.10.16 21:06:58*  
*2019.10.16 21:06:58*



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|------|--------------|------|---------|----------|
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ]

*Assinatura do Paciente/Responsavel*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

|  |              |                                       |              |
|--|--------------|---------------------------------------|--------------|
| Nome: <u>erson 30 anos</u>   |              | Data da Admissão: <u>16 / 10 / 19</u> |              |
| Prontuário: _____  | Idade: _____ | Enfermaria: _____                     | Leito: _____ |
| Nome da Mãe: _____   |              | Endereço: _____                       |              |
| Cidade: _____  |              | Bairro: _____                         |              |
| Estado: _____  |              | Fone: _____                           |              |
| Sexo: F ( ) M ( ) Cor: _____   |              | Profissão: _____                      |              |
| Estado Civil: _____  |              | Religião: _____                       |              |
| Escolaridade: _____  |              | Data de Nascimento: <u>1 / 1</u>      |              |
| OPD: <u>em ponto (S) no OGH</u>  |              |                                       |              |
| HDA: <u>15 anos de idade do lado do 2º em 1º</u>   |              |                                       |              |
| Medicações em uso: _____   |              |                                       |              |
| <b>Interrogatório Sintomatológico:</b>   |              |                                       |              |
| <b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____                    |              |                                       |              |
| <b>Pele:</b> _____   |              |                                       |              |
| <b>Cabeça e Pescoço:</b> <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____   |              |                                       |              |
| <b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____  |              |                                       |              |
| <b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume |              |                                       |              |
| <b>AGU:</b> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____  |              |                                       |              |
| <b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposou <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos   |              |                                       |              |
| <b>SN e PSO:</b> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor _____   |              |                                       |              |

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
**GERSON DA COSTA PADILHA**

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF  
 2000570 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO  
 042.886.334-51 04/05/1975

PLACAO  
**SEDOC DE SALES PADILHA**  
**LENILDA DA COSTA PADILHA**

PERMILHO ACC CASHAB  
 AD

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO  
 03772730636 08/07/2024 25/01/2006

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL DATA EMISSÃO  
 MARANGUAPE, PB 25/07/2019

ASSINATURA DO EMISSOR

50625554450  
 PB039136140

PARAIBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1838352551

PROIBIDO PLASTIFICAR  
 1838352551



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200076867 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GERSON DA COSTA PADILHA **Data do acidente:** 16/10/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 17/02/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO 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 LEVE DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS                   | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda completa da mobilidade de um dos<br>punhos | 25 %  | Em grau leve - 25 %   | 6,25%     | R\$ 843,75               |
| Total  |   |   | 6,25 %    | R\$ 843,75               |





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0062200/20

**Vítima:** GERSON DA COSTA PADILHA

**CPF:** 042.886.334-51

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 16/10/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GERSON DA COSTA PADILHA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### GERSON DA COSTA PADILHA : 042.886.334-51

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/02/2020  
Nome: GERSON DA COSTA PADILHA  
CPF: 042.886.334-51

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

GERSON DA COSTA PADILHA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

