



Número: **0834991-74.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **21/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

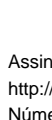
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRDESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
CAMILA MENDES VILLARIM MEIRA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53313 439	17/01/2022 14:54	<a href="#">Petição</a>	Petição
53313 441	17/01/2022 14:54	<a href="#">2783586_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_05</a>	Outros Documentos
53313 442	17/01/2022 14:54	<a href="#">2783586_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_04</a>	Outros Documentos
53313 444	17/01/2022 14:54	<a href="#">2783586_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_03</a>	Outros Documentos
53313 445	17/01/2022 14:54	<a href="#">2783586_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
53313 446	17/01/2022 14:54	<a href="#">2783586_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

ANEXO





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/01/2022 14:54:05

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2201171454050920000050522084

Número do documento: 2201171454050920000050522084

**PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**1 - Entende o(a) Espô(o) de cobertura:**  DADOS DEPENDAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

**2 - CPF do segurado ou RUC:** 034.274.084-71 **3 - CPF do vítima:** **4 - Nome completo da vítima:** HERNALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

**5 - Nome completo:** HERNALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS **6 - CPF:** 070.724.084-71 **9 - Número do Documento Complementar:**

**7 - Profissão:** MOTORISTA **8 - Endereço:** RUA AMÉLIA RIBEIRO **10 - Complemento:**

**11 - Bairro:** TRES IRMAS **12 - Cidade:** CAMPINA GRANDE **13 - Estado:** PB **14 - CEP:** 54424-118 **16 - Idioma:**

**15 - E-mail:**

**17 - Nome completo do Representante Legal:** DADO DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICÁRIO MENOR ENTES E A 31 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

**18 - CPF do Representante Legal:** 15 - Função do Representante Legal:

Dedite, para todos os fins de direito, e/ou na maneira acima informada, conforme empremente a sero (ANEXAR CÓPIA).

**20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA COVAP:**

R\$0,00 A R\$1.000,00  R\$1.500,00 A R\$5.000,00  R\$5.000,00 A R\$10.000,00

SEM RENDA  R\$1.001,00 A R\$5.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

**21 - DADOS BANCÁRIOS:**  BENEFICÁRIO DA INCAPACITAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA INCAPACITAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POLVIANÇA (Número para os bancos abaixo. Anote a sua agência)

Banco do Brasil (003)  Itaú (340)  CONTA CORRENTE (Incluir os dígitos)

**AGÊNCIA:**      Nome do Banco: BANCO DO BRASIL

**AGÊNCIA:**       **AGÊNCIA:** 8101 **9** **CONTA:** 11127 **9**

*(preencher e digitar somente)* *(preencher e digitar somente)*

**22 - DECLARAÇÃO DE AGÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE**

*Declara, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de exercer o trabalho habitual (Art. 108), para fins de requerimento de indenização ao Seguro DPVAT, por motivos permanentes, uma vez que (descrever uma das opções):*

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

O IML que atenda 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.

*Nota: O IML que realiza a perícia deve emitir o relatório de avaliação médica do Seguro DPVAT, com base na avaliação clínica, exames, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica do IML para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 3º, devendo que esta autorização não significa concordância com a futura produção médica ou renúncia ao direito de contestação, caso contrário, caso contrário, caso contrário.*

**RECUPERAÇÃO DE JINCO BENCICLÓTIPO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

**23 - Estado Civil:**  Solteiro  Casado (ou Civil)  Divorçado  Separado judicialmente  Viúvo **24 - Data do caso de morte:**

**25 - Onde faleceu com o vítima:**  25 - Última doença compatível com o caso  26 - Sin  Não  Sim  Não  Não  Não  Não

**26 - Última doença compatível com o caso:**  Sim  Não  Não  Não  Não  Não

**27 - Se vítima abaixo compatível(a), informar no campo complementar:**

**28 - Se não é vítima abaixo, informar qual a causa da morte:**  Sim  Não  Não  Não

**29 - Se não é vítima abaixo, informar qual a causa da morte:**  Sim  Não  Não  Não  Não

**30 - Se não é vítima abaixo, informar qual a causa da morte:**  Sim  Não  Não  Não  Não

**31 - Se não é vítima abaixo, informar qual a causa da morte:**  Sim  Não  Não  Não  Não

**32 - Se não é vítima abaixo, informar qual a causa da morte:**  Sim  Não  Não  Não  Não

**33 - Se não é vítima abaixo, informar qual a causa da morte:**  Sim  Não  Não  Não  Não

**34 - Se não é vítima abaixo, informar qual a causa da morte:**  Sim  Não  Não  Não  Não

**35 - Se não é vítima abaixo, informar qual a causa da morte:**  Sim  Não  Não  Não  Não

**36 - Se não é vítima abaixo, informar qual a causa da morte:**  Sim  Não  Não  Não  Não

**37 - (\*) Situação de quem assina a respeito do pedido:**

**38 - 38 - Nome:** \_\_\_\_\_ **39 - 39 - Nome:** \_\_\_\_\_

**40 - Local e Data, DOADOR PESSOA, 01/09/2020**

**41 - Assinatura do Representante Legal (ou do Vítima)** *Suelio Moreira Torres*

**42 - Assinatura do Representante Legal (ou do Vítima)** \_\_\_\_\_ **43 - Assinatura do Procurador (ou do Vítima)** \_\_\_\_\_

PPS-001-100212015

TESTEMUNHAS



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 Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200290656**

**Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**

**Data do Acidente: 25/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

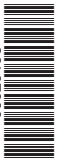
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 16038050

Pag. 00925/00926 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020463





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, 19 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data do Acidente: 25/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação 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: 01.059/01060 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050530



Carta nº 16046512





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, 01 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200290656**

**Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**

**Data do Acidente: 25/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**

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.

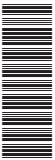
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01485/01486 - carta\_25 - INVALIDEZ

00010743





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, 15 de Outubro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200290656**

**Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**

**Data do Acidente: 25/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002221**

Conta: **0000044360-2**

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. 01549/01550 - carta\_15R - 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, 09 de Dezembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200290656**

**Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**

**Data do Acidente: 25/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**

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. 01217/01218 - carta\_02 - INVALIDEZ

00030609



Carta nº 16390226







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, 30 de Dezembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200290656**

**Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**

**Data do Acidente: 25/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**

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\$ 168,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Complemento por reanálise 5%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 25%) 1,25%	
Valor a indenizar: 1,25% x 13.500,00 =	R\$ 168,75

**Recebedor: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**

**Valor: R\$ 168,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000002221**

**Conta: 0000044360-2**

**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. 01231/01232 - carta\_30 - INVALIDEZ



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E  
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

*Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.*

Número do Sinistro: [3200290656](#)

Nome do(a) Examinado(a): [NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [Rua Amélia Ribeiro, 52, , Campina Grande/PB](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SSP/PB / 2114166](#)

Data e local do acidente: [25/03/2020 - Picuí/PB](#)

Data e local do exame: [14/12/2020 - João Pessoa/PB](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -7.09096 , longitude: -34.83913](#)

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

[Fratura da Tibia Direita.](#)

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

[Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.](#)

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

[Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 20°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o pericárdio possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.](#)

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[Sim](#)

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

[Sim](#)

VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

[Apresenta edema residual no tornozelo direito, limitação de mobilidade articular e deficit de força motora o referido tornozelo.](#)

**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 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 (\*)

"Vítima em tratamento"

"Sem seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.



Tornozelo Direito - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Suelio Moreira T. Torres  
Médico Legista  
Dr. Suelio Moreira T. Torres



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 036.224.694-71 4 - Nome completo da vítima: Nenivaldo Rodrigues de Souza Dantas

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

5 - Nome completo: Nenivaldo Rodrigues de Souza Dantas 6 - CPF: 036.224.694-71  
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Amélia Ribeiro 9 - Número: 52 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Três Irmãos 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53424-136  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (83) 98805-6654

**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)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2221 CONTA: 44360 2 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 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
• 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.  
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (váriavel)?  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 -  Não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 14/08/20  
Nenivaldo Rodrigues de Souza Dantas  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



 **CARTÃO PROVISÓRIO** **CAIXA**  
**CONTA POUPANÇA** **AQUI**

COOPERATIVA DE CRÉDITO - CASAAQUÍ  
R. Coimbra Guilher, 41A - José Pinheiro (Povo Novo - Ar. Casal)

**NOME** Nereivaldo R. Souza Dantas

AGÊNCIA	OPERAÇÃO	CONTA	DÍGITO
2222	013	44360	2

**SENHA**

Digitalizada com CamScanner



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 058814.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 058814.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:27 min do dia 12/08/2020, na Delegacia Online, **NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão MOTORISTA, nascido(a) em 28/10/1975, idade 44, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de FRANCISCA DE SOUZA DANTAS e JOSE RODRIGUES DE SOUZA, CPF 036.224.694-71, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Amélia Ribeiro, nº 52, complemento PRÓXIMO AO PARQUE IVANDRO CUNHA LIMA, bairro Três Irmãs, na cidade de Campina Grande/PB. CEP: 58424136, telefone(s) 83 988056654, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 25/03/2020 21:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB-150, ENTRE A CIDADE DE CARNAÚBA E PICUI , ZONA RURAL, Picuí/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Ao sair da sua residencia, conduzindo a motocicleta de marca, HONDA/NXR 160 BROS ESDD , ANO 2015/2015 . DE COR PRETA , PLACA NQK - 4462, CHASSI: 9C2KD0810FR416298, CADASTRADA EM NOME DE ANTONIO MARCELINO FERREIRA, para mostra a motocicleta a um possivel comprador, quando chegou na PB-151 que liga a cidade de Carnaúba para Picuí - PB, foi vitima de um acidente de transito, o tempo estava muito chuvoso, onde a vitima bateu no buraco e perdeu o controle, vindo a cair e se machucar gravemente, perdendo os sentidos, sendo então socorrido gravemente ferido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande-PB, onde passou por tratamento cirúrgico.

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

  
NERIVALDO RODRIGUES DE

47773CC380FE656DB8C447A12C3F51C7

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 058814.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 058814.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 16:27 min do dia 12/08/2020, na Delegacia Online, **NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão MOTORISTA, nascido(a) em 28/10/1975, idade 44, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de FRANCISCA DE SOUZA DANTAS e JOSE RODRIGUES DE SOUZA, CPF 036.224.694-71, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Amélia Ribeiro, nº 52, complemento PRÓXIMO AO PARQUE IVANDRO CUNHA LIMA, bairro Três Irmãs, na cidade de Campina Grande/PB. CEP: 58424136, telefone(s) 83 988056654, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 25/03/2020 21:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB-150, ENTRE A CIDADE DE CARNAÚBA E PICUÍ, ZONA RURAL, Picuí/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Ao sair da sua residência, conduzindo a motocicleta de marca, HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ANO 2015/2015, DE COR PRETA, PLACA NQK - 4462, CHASSI: 9C2KD0810FR416298, CADASTRADA EM NOME DE ANTONIO MARCELINO FERREIRA, para mostra a motocicleta a um possível comprador, quando chegou na PB-151 que liga a cidade de Carnaúba para Picuí - PB, foi vítima de um acidente de trânsito, o tempo estava muito chuvoso, onde a vítima bateu no buraco e perdeu o controle, vindo a cair e se machucar gravemente, perdendo os sentidos, sendo então socorrido gravemente ferido para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, em Campina Grande-PB, onde passou por tratamento cirúrgico.

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

  
NERIVALDO RODRIGUES DE

47773CC380FE656DB8C447A12C3F51C7

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8613 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



**Parecer do Boletim de  
Ocorrência nº.  
058814.01.2020.0.00.704**

# **Delegacia Online**

## **Boletim Eletrônico de Ocorrências**

Caro(a) NERIVALDO RODRIGUES DE  
SOUZA DANTAS,

Sua ocorrência de Boletim Emergencial foi  
DEFERIDO.

Protocolo: 058814.01.2020.0.00.704  
Senha: 47773CC3





## Declaração a Líder DPVAT

Prezados informo que devido o período de pandemia, as delegacias do Estado da Paraíba não estão fazendo Boletim de Ocorrência de forma presencial. Para que não venham a prejudicar as vítimas de quaisquer que seja as ocorrências, foi criado o Bo emergencial conforme print que segue não se trata de Bo online. Tal documento tem a mesma veracidade de um BO feito em uma delegacia física.



Todas as ocorrências registradas passam por análise da delegacia física, e o BO é encaminhado para o e-mail do declarante com protocolo e senha para consultar a veracidade do mesmo. O Bo impresso vem com QR COD e numeração para consultar a veracidade.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 036.224.694-71 4 - Nome completo da vítima: Nenivaldo Rodrigues de Souza Dantas

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

5 - Nome completo: Nenivaldo Rodrigues de Souza Dantas 6 - CPF: 036.224.694-71  
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Amélia Ribeiro 9 - Número: 52 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Três Irmãos 12 - Cidade: Campina Grande 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53424-136  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (83) 98805-6654

**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)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2221 CONTA: 44360 2 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 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:  
• 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.  
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (váriozes)?  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 - \_\_\_\_\_  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, João Pessoa, 14/08/20  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) [Assinatura]

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_



 **CARTÃO PROVISÓRIO**   
**CONTA POUPANÇA**  
COOPERATIVA DE CRÉDITO - CASAAQUÉ  
R. Coimbra Guilher, 418 - José Petrônio (Povo Novo - Ar. Casal)

**NOME** Nereivaldo R. Souza Dantas

AGÊNCIA	OPERAÇÃO	CONTA	DÍGITO
2222	013	44360	2

**SENHA**

Digitalizada com CamScanner



# 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: 08/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000044360-2

---

---

Nr. da Autenticação 14796C96F2F260D6



# BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento para o Boleto

Documento para o Boleto

Nº 006.119.809

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 232 - KM 158 - Três Irmãs  
Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 06.826.596/0001-95 Ins. Est. 16.033.830-1

## DADOS DO CLIENTE

EGLIANE SILVA RODRIGUES  
RUA AMELIA RIBEIRO 52 MOD II Q 11 LT 11  
CAMPINA GRANDE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/258167-6

REFERÊNCIA

MAR/2020

APRESENTAÇÃO

20/03/2020

CONSUMO

168

VENCIMENTO

27/03/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 102,11

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 01528.615170 5 82070000010211				
Pagador: EGLIANE SILVA RODRIGUES CNPJ/CPF: 057.797.434-36				
RUA AMELIA RIBEIRO 52 MOD II Q 11 LT 11 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360001528615	000258167202003	27/03/2020	R\$ 102,11	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				08.826.596/0001-95
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



25/03/2020



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2134076

CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/03/2020  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento: acolhimento

PACIENTE: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

CEP: 58400002 Nascimento: 28/10/1975

Endereço: AMÉLIA RIBEIRO

Sexo: M Telefone: 988410726

Cidade: Campina Grande

Idade: 044 Bairro: ACACIO FIGUEIREDO

Nome da Mãe: FRANCISCA SOUZA DANTAS

RG: 2114166 Nº: 52 Profissão: MOTORISTA

Responsável:

CPE: 03622469471 Profissão: MOTORISTA

Estado Civil: Casado(a)

Data de Atendimento: 25/03/2020 CNS: 89800340862733

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO. Hérna. 2133953

CONVENIO: SUS

OBS FICHA: MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



- 1. Abertura
- 2. Amputação
- 3. Avulsão
- 4. Contusão
- 5. Craniotomia
- 6. Cór
- 7. Escama
- 8. Empurramento
- 9. Enfiamento subcutâneo
- 10. Enfiamento
- 11. Escala
- 12. F. Abma tranca
- 13. F. Abma de tór
- 14. F. Cortivo
- 15. F. Cortivo
- 16. F. Cortivo
- 17. F. Cortivo
- 18. Ferimento
- 19. Fratura estiva fechada
- 20. Fratura ossa aberta
- 21. Hematoma
- 22. Inguartamento
- 23. Laceração
- 24. Lacerotomia
- 25. Lacerac
- 26. Mordedura
- 27. Movimento cerático paracel
- 28. Objeto Enfiado
- 29. Ostraga
- 30. Prolapsa
- 31. Prolapsa
- 32. Pressão
- 33. Queimadura
- 34. Rinoorragia
- 35. Sinais de fratura
- 36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = 1 % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

*not de trauma*

HITC-Panel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS C:

*Exame de trauma de membros superiores e inferiores*

*osseg-der*

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PAATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow 15 PA 4 HGT: 160 Satoz 102

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais ( ) Ultrassonografia: \_\_\_\_\_  
( ) Gasometria arterial ( ) Radiografias: \_\_\_\_\_  
( ) Tomografia Computadorizada ( ) \_\_\_\_\_

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ dia \_\_\_\_\_

Especialista: \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ dia \_\_\_\_\_

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

*Suelio Moreira*

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

*Dr. Suelio Moreira Torres*  
Ouro Preto - Minas Gerais  
CRM: 11111 / 11111



25/03/2020



HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mdt. Floriano Peixoto, 4700 - Matutinus, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 25/03/2020

Paciente: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS Idade: 044 N° ATEND: 2134076

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO  
DATA: 25/03/2020 HORA: 23:41:39

ESPECIALIDADE : ORTOPEDIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO  
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : QUEDA DE MOTO

SINANIS DE EMBRIAGUEZ : NAO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ( )SIM (X)NÃO HAS ( )SIM (X)NÃO  
DEF. MOTORA ( )SIM ( )NÃO

ALERGIAS : NEGA  
MEDICAÇÃO EM USO :  
ESTADO GERAL : BOM  
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

( ) CONVULSÃO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO  
( ) DESORIENTADO ( ) AGITADO ( ) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO  
( ) IRRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARREIA ( ) EXANTEMA  
( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA ( ) DOR ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SIBILOS ( ) TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :  
AMARELO

HTCG-Panel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: PICU/NIIR

ENFERMEIRO/COREN  
colchimento







# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Nerivaldo Rodrigues de Souza Dantas DN: 28/10/1975

GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAUDE

QI: — LEITE: Sala 04 CONVENIO: SUS IDADE: 44a REGISTRO: 2134082

CIRURGIA: Prost. cirurg. cl. + x. de fíbula distal CIRURGIÃO: Dr. Eduardo + Dr. Everlan + Dr. Matheus

ANESTESIA: Ráqui + sedação ANESTESIA: Dr. Giovanni Jovande

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

INSTRUMENTADORA: André DATA: 27/03/2020 INICIO: 7:30 FIM: 9:30

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Boia Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp.	02	Calet. pl Óxg		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Calet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
01	Diazepam amp. <u>midazolam</u>	20	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
01	Dimore amp. <u>0,2</u>		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera pl osso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
01	Mercaina <u>Prada 1/2 ml</u>		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.	TS	Esparrapó Largo cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protóxido 1/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Quelcin ml		Gase Pacote cl. 10 unidades		Fila cardiaca
	Rapifen amp.		H.O. ml		Mononylon
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	02	Mononylon <u>2-p</u>
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix
02	Flaxidol amp. <u>Tenoxicam 1mg</u>	04	Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Flebocortid amp.	06	Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.	TS	Oxigênio 1/m <u>3L/min</u>		
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix		
	Haemacel ml	05	PVPi Degemans <u>milho</u>		
	Heparina ml		PVPi Tópico ml		
	Kanaktion amp.	05	Sabão Antisséptico		Soros
	Lasix amp.		Saco coletor		SS Normotérmico fr 500 ml
	Medrotrinazol	02	Seringa desc. 10 ml	02	SG Gelado fr 500 ml
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml	01	SE Hipertérmico fr 500 ml
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml	02	SR Ringr fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		SF fr 500 ml <u>2 limpeza</u>
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
02	Cefazina 1g		Sonda Nasogátrica	01	<u>Placa de tábua distal</u>
			Sonda Uretral nº		<u>8 Pinos</u>
			Sterydrem ml	08	<u>Parafusos</u>
			Torneinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Agulha desc. <u>28 x 28</u> <u>40x12</u>		Látex		
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	<u>alifados</u>		
03	Agulha pl raque nº <u>25</u>		<u>alifados ortopédico</u>		
05	Alcool de Enfermagem		<u>Alifados de limpeza</u>		
	Alcool Iodado ml	04	<u>colpites desc</u>		
	Ataduras de Crepon				
04	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

**CLEAN** VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO  
 TIPO 5180 11841-1  
 LOTE CL1515018  
 VAL.: 15-AGO-2021  
 Referência: 355600  
 27/03/2020

SOROS	
SS Normotérmico fr 500 ml	1
SG Gelado fr 500 ml	
SE Hipertérmico fr 500 ml	
SR Ringr fr 500 ml	
SF fr 500 ml	2 limpeza

EQUIPAMENTOS	
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
<input type="checkbox"/> Serra	<input type="checkbox"/> Eletrocautério
<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo
<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL  
André  
 COREN-PB 233298-TE



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECC</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME: <i>Verivaldo Rodrigues Sampaio</i>			IDADE: <i>49</i>	SEXO: <i>M</i>	COR:
DATA: <i>20/02</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESOS	ACTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS:	
	URINA						
AP RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP CIRCULATORIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	<i>Não</i>	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES					<i>ASA II</i>		
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTE/ANESTÉSICOS	<i>7.40</i>				INDUÇÃO		
					Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____
LÍQUIDOS	<i>sol 1000</i>				Laringo espasmo: _____		
					Náuseas: _____	Vômitos: _____	Outros: _____
CÓDIGOS D - PULSO O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA O - OPERAÇÃO					MANUTENÇÃO		
					ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____		
VP ARTERIAL					DESPERTAR		
					Reflexos na SO: _____	Obetr.: _____	Co.: _____
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>efazolin 70, dexa 10, fentanyl 20</i>				Com cânula: _____		
					Paro o Leito: Sim _____ Não _____	CONDIÇÕES:	
POSICÃO							
AGENTES	<i>Propofol 16mg, alf. 100 "V"</i>						
TÉCNICA	<i>Kequi: Pneu. tipo A. Diapne 200</i>						CÂNULAS
OPERAÇÃO	<i>lig. cir. Hart. + h.</i>						
CIRURGIÕES	<i>Carvalho M. S. Junior</i>						
ANESTESISTAS	<i>Carvalho M. S. Junior</i>						
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATORIAS E PÓS-OPERATORIAS					PERDA SANGÜÍNEA		

MCO 188

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB





**PEDIDO DE FATURAMENTO**

NOME DO HOSPITAL: **HOSPITAL DE TUBURIA**  
CIDADE: **Co. GRANDE**  
NOME DO PACIENTE: **MERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA**  
Nº DO PRONTUÁRIO: **21940927** Nº ALH: **21940927** COG. PROCEDIMENTO: **01** CONVÊNIO: **01**  
PROCEDIMENTO REALIZADO: **TRAT. CIRÚRG. DE FRATURAS DE TUBURIA DISTAL**

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
<b>PLACA - HEMERON DE TITANIO</b>			
<b>3,5 X 40</b>		<b>01</b>	
<b>3,5 X 30</b>		<b>05</b>	
<b>3,5 X 30</b>		<b>04</b>	
<b>3,5 X 30</b>		<b>02</b>	
<b>3,5 X 40</b>		<b>01</b>	

DATA DA UTILIZAÇÃO: **17/01/20** DATA DA COMUNICAÇÃO: **17/01/20** MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM: **Dr. Suelio Moreira Torres + Dr. Augusto + Renato**

OBSERVAÇÕES: **Ex 3,5 Placa + 05**

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL: **Augusto + Renato**





**PARAÍBA**  
Governos do Estado



Número do Prontuário: 88170 DATA DA CIRURGIA: 27/03/2020

Número do Atendimento: 2134082 Clin: ORTOPEDIA 1 / Enf: 10 / Lei: 2

**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

Nome do Paciente: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data da Internação: 25/03/2020

Atendimento: 2134082

Diagnostico Pré-Operatório: FX PERNA D

Diagnostico Pós-Operatório: O MESMO

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data da Cirurgia: 27/03/2020

Equipe:

Cirurgião: EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: ANDRE

Anestesiista: JOVANDE

Tipo de anestesia:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NAO

Descrição da Operação: 01- PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MID

03- COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS

04- INCISÕES FACE ANTEROMEDIAL PERNA D + DIVULSAO POR PLANOS

05- REDUÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO PLACA DE BLOQUEIO 6 Furos

06- SF0.9% + DESBRIDAMENTO

08- FECHAMENTO POR PLANOS + SUTURAS

09- CURATIVOS

Dr. Eldiman Soares  
Médico Traumatologista  
CRM: 6967  
CPF: 043.079.76

Data 27/03/2020

Assinatura/Carimbo  
Eldiman Soares De Araujo







**PARAÍBA**  
Governo do Estado



*Seu nome é*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

## RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

Data da Internação: 25/03/2020 Data da Alta: 29/03/2020

Registro: 2134082

Tempo de Permanência: -18347

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Diagnóstico Final: FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Cirurgia: EDUARDO Data: 27/03/2020

Equipe:

Cirurgião: EDUARDO OTAVIO BRAGA MORAIS

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Data: 29/03/2020

Assinatura/Carimbo  
Schubert Luigi Costa Rodrigues

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues  
CRM: 5823

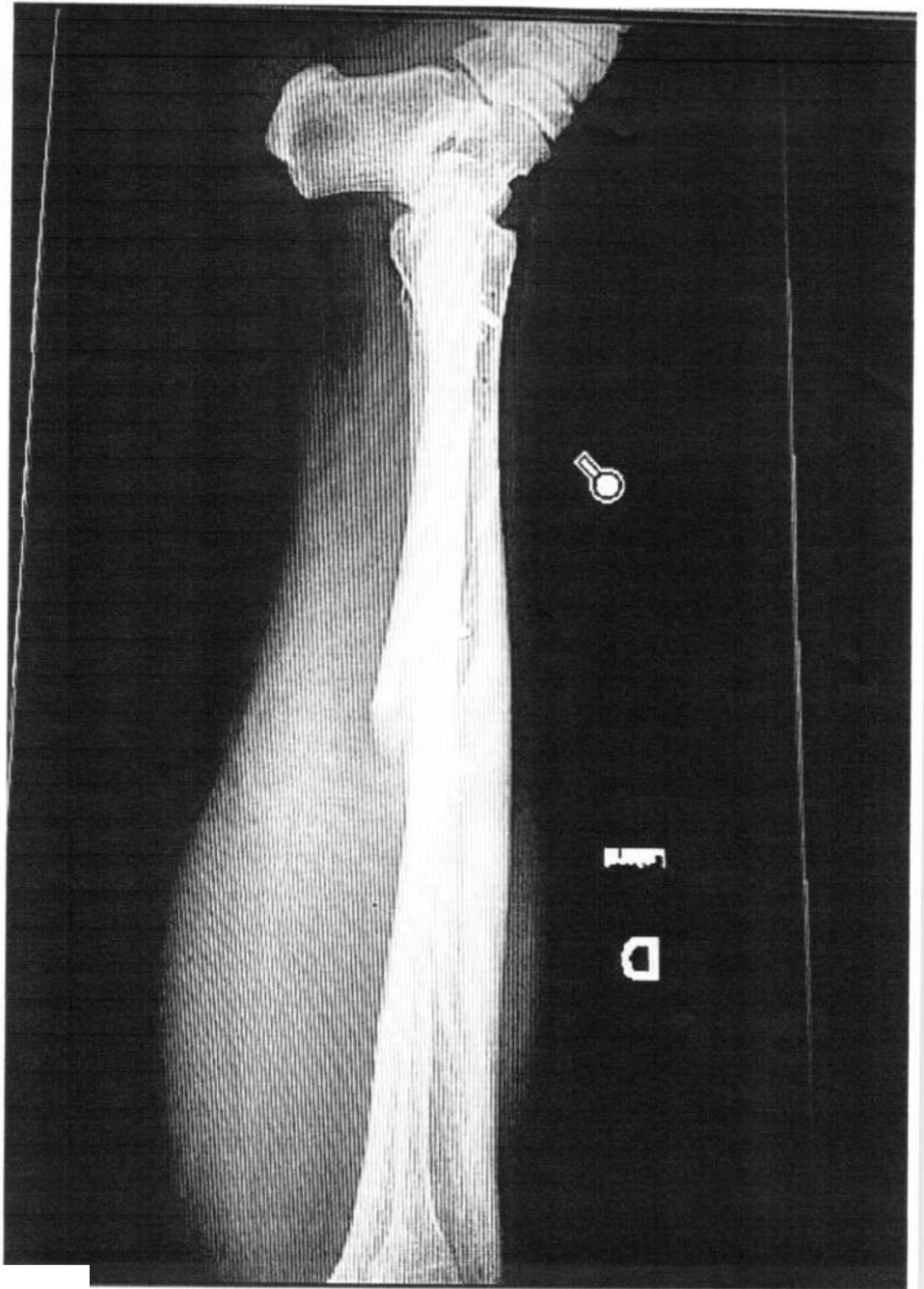
RESPONSÁVEL : Schubert Luigi Costa Rodrigues











*Dr. Anuar Murad Filho*

*Clínica Médica*

*C.R.M-PB : 8.742*

LAUDO MÉDICO :

O paciente NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS é portador do CID : S 82 proveniente de fratura de tibia direita ocasionado por acidente de motocicleta , tendo como seqüela um comprometimento de 50 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

30-11-2020

Dr. Anuar Murad Filho  
Médico - CRM-PB 8.742  
Av. Dr. João da Mata, N.º 400  
João Pessoa - PB

*Eco Medical Center Cartaxo ( C.N.P.J : 29.955.582/0001-41 )*

*Rua : Antônio Rabelo Júnior N - 170 ( Miramar - João Pessoa ) CEP : 58032-090*



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

NOME  
NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

DOC IDENTIDADE ORG EMISSOR UF  
2114166 SSP PB

CNPJ DATA NASCIMENTO  
036.224.694-71 28/10/1975

RELACÃO  
JOSE RODRIGUES DE SOUZA  
FRANCISCA DE SOUZA DANTAS

PERMISSÃO ACC CAT.NAB  
AC

Nº REGISTRO  
05997657640

VALIDADE  
17/10/2024

1ª HABILITAÇÃO  
15/12/2006

OBSERVAÇÕES

*Nerivaldo Rodrigues de Souza Dantas*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO  
21/10/2019

*Suelio Moreira Torres*

71511845748  
PB039104672

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1838812562

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1838812562



## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

NQK4462

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTERIO DA JUSTICA			
DETRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VM	COO. SEMI-AM	PLCS	EXERCICIO
			2020
NOME / ENDEREÇO			
*****			
PLACA		PLACA	
NQK4462			
ESPECIE / TIPO		COMBUSTIVEL	
PASSA / MOTOCICLET		ALCO/GASOL	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/NXR160 BROS		2015 2015	
ESDD		COR PREDOMINANTE	
PARTICULAR		PRETA	
COTA QUOTA		COTA QUOTA	
30/04/2020			
PREMIO LICENCIAMENTO			
PREMIO TOTAL PREMIO LICENCIAMENTO			
OBSERVAÇÕES			
Comunicacao de Venda			
LOCAL		DATA	
CAMPINA GRANDE		12/08/2020	
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2020  
 Proprietário: \*\*\*\*\*  
 Placa: NQK4462  
 Combustível: ALCO/GASOL  
 Marca/Modelo: HONDA/NXR160 BROS  
 ESDD  
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET  
 Ano de Fabricação: 2015  
 Ano Modelo: 2015  
 Categoria: PARTICULAR  
 Cor Predominante: PRETA  
 Vencimento Licenciamento: 30/04/2020  
 Observação:  
 Restrição: Comunicacao de Venda  
 Financeira:  
 Município: CAMPINA GRANDE  
 Situação: EM CIRCULACAO  
 Data da Consulta: 12/08/2020



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PB

Nº 014957225334

41960150019

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20190100102737-2

VIA

COD. RENAVAL

RNTRC

1

010394/167-3

00/00000000

NOME/ENDEREÇO

ANTONIO MARCELINO FERREIRA  
RUA ANTONIO JOSE FERNANDES 35  
S J DA MATA  
58100000 CAMPINA GRANDE - PB

GPF/CNPJ

40850730415

PLACA

NOK4462/PB

NOME ANTERIOR

MARIA MARIZETE ARAUJO SOUSA

PLACA ANT/UF

NOVO PB

CHASSI

9CZKD0810ER416298

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL

ALCO/GASOL

MARCA/MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB

2015

ANO MOD

2015

CAP/POT/CIL

2 P/162 /C1

CATEGORIA

PARTIC.

COR PREDOMINANTE

PRETA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA

GUARDE EM LOCAL SEGURO

N. MOTOR : KD08E1F416298

LOCAL

CAMPINA GRANDE - PB

DATA

20/11/2015





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: **036.224.694-71** 4 - Nome completo da vítima: **NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**

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

5 - Nome completo: **NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS** 6 - CPF: **036.224.694-71**  
7 - Profissão: **MOTORISTA** 8 - Endereço: **RUA AMELIA RIBEIRO** 9 - Número: **52** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: **TRES IRMAS** 12 - Cidade: **RUA AMELIA RIBEIRO** 13 - Estado: **52** 14 - CEP: **58424-136**  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): **(83) 98805-6654**

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: **2221** CONTA: **44360** 2 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 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (viveiros)?  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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **JOÃO PESSOA, 29/09/2020**

*Nerivaldo Rodrigues de Souza Dantas*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

/002/2019



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
DANTAS

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

**Data da análise:** 08/12/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @1

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
DANTAS

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da Tíbia Direita.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 20°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos. Apresenta edema residual no tornozelo direito, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora o referido tornozelo.

**Sequelas permanentes:** Redução funcional grave do tornozelo direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 14/12/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Indenização em grau intenso do tornozelo D devido ao edema, déficit de força e limitação articular. Vítima já indenizada em 25% de 70%, portanto PI complementar.

### 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 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
<b>Total</b>			<b>1,25 %</b>	<b>R\$ 168,75</b>





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
DANTAS

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da Tíbia Direita.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 20°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos. Apresenta edema residual no tornozelo direito, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora o referido tornozelo.

**Sequelas permanentes:** Redução funcional grave do tornozelo direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 14/12/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Indenização em grau intenso do tornozelo D devido ao edema, déficit de força e limitação articular. Vítima já indenizada em 25% de 70%, portanto PI complementar.

**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 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
<b>Total</b>			<b>1,25 %</b>	<b>R\$ 168,75</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
DANTAS

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

**Data da análise:** 08/12/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:** Não

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR  
DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @1 - PAGAMENTO COMPLEMENTAR CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DATA: 30/11/2020 DR. ANUAR MURAD  
FILHO CRM-PB 8742

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
DANTAS

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

**Data da análise:** 25/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
DANTAS

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

**Data da análise:** 25/08/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P8

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0227961/20

Número do Sinistro: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DAN

CPF: 036.224.694-71

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/03/2020

Titular do CPF: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

### 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: 24/08/2020  
Nome: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS  
CPF: 036.224.694-71

NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0227961/20

Número do Sinistro: 3200290656

Vítima: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DAN

CPF: 036.224.694-71

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/03/2020

Titular do CPF: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### 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: 30/11/2020  
Nome: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS  
CPF: 036.224.694-71

NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
DANTAS

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da Tíbia Direita.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 20°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração anormal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo direito.

**Resultados terapêuticos:** Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos. Apresenta edema residual no tornozelo direito, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora o referido tornozelo.

**Sequelas permanentes:** Redução funcional grave do tornozelo direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 14/12/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Indenização em grau intenso do tornozelo D devido ao edema, déficit de força e limitação articular. Vítima já indenizada em 25% de 70%, portanto PI complementar.

**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 %	Complemento por reanálise - 5 %	1,25%	R\$ 168,75
<b>Total</b>			<b>1,25 %</b>	<b>R\$ 168,75</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200290656 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA **Data do acidente:** 25/03/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A  
DANTAS

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

**Data da análise:** 08/12/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @1

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>





# 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: 08/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02221

CONTA: 000000044360-2

---

---

Nr. da Autenticação 14796C96F2F260D6





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB**

Processo n.º 08349917420208150001

**BRDESCO 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 **NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

**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: 08/10/2020  
 NUMERO DO DOCUMENTO:  
 VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:  
 CLIENTE: NERIVALDO RODRIGUES DE SOUZA DANTAS  
  
 BANCO: 104  
 AGÊNCIA: 02221  
 CONTA: 000000044360-2

Nr. da Autenticação 14796C96F2F260D6

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

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



Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 16 de dezembro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

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

