



Número: **0813559-76.2021.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/04/2021**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LIVRAMENTO ROSA DA SILVA (AUTOR)		ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO) NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA registrado(a) civilmente como ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
78952 221	11/09/2023 11:04	<a href="#">Petição</a>	Petição
78952 229	11/09/2023 11:04	<a href="#">2806481_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
78952 231	11/09/2023 11:04	<a href="#">2806481_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

em anexo



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210010599 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** LIVRAMENTO ROSA DA SILVA **Data do acidente:** 08/09/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 26/01/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS 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 DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁGINAS 01, 03, 05 E 06.

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# BANCO BRADESCO S.A.

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/02/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02009-5

CONTA: 000000050305-3

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO0202202105000000000023702009000000050305168750 PAGO





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 08507.01.2020.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08507.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:25 horas do dia 03 de dezembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Livramento Rosa da Silva**, CPF nº 043.084.994-02, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, filho(a) de Rosa Maria das Neves e Luiz Vicente da Silva, natural de Itapororoca/PB, nascido(a) em 08/05/1968 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetda, bairro Centro, tendo como ponto de referência Loteamento Cidade Alta, na cidade de Itapororoca/PB.

**Dados do(s) Fatos:**

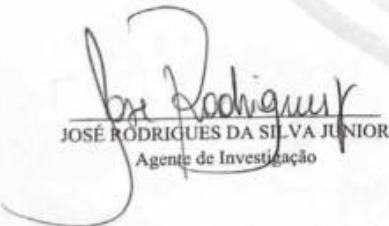
Local: Rua Centro, São João 2, Itapororoca/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/09/20 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

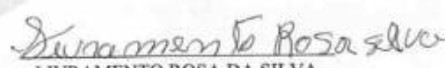
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 08/09/2020, POR VOLTA DAS 17:00, ESTAV CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR PRETA, ANO 2012, PLACA OFE-4617/PB, CHASSI 9C2JC4110CR541339, REGISTRADA EM NOME DE JOSENILDO JOAO DE LIMA, NA RUA CENTRO, ITAPOROROCA/PB, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE ITAPOROROCA/PB E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. DECARTE NASSER.

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, 03 de dezembro de 2020.

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
LIVRAMENTO ROSA DA SILVA  
Noticiante

Procedimento Policial: 08507.01.2020.1.00.401

1/1







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 043.084.994-02 4 - Nome completo da vítima: Siniamento Rosa da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: Siniamento Rosa da Silva 6 - CPF: 043.084.994-02  
7 - Profissão: autônoma 8 - Endereço: 517 Lagoa do Sol 9 - Número: 517 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Taperoaria 13 - Estado: PE 14 - CEP: 58225-000  
15 - E-mail: 16 - Telefone: 83.99921-9283

DADOS CADASTRAIS

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 CONTRA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 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 POUQUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:    CONTA:     
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Bradesco  
AGÊNCIA: 20095 CONTA: 00503053  
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ 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 (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
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, 10/5-12-2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

MAURICIO JOSE DA SILVA  
SIT LAGOA DO SACO, S/N - AREA RURAL  
ITAPOROROCA / PB CEP: 58275000 (AG: 14)

CPF/CNPJ/RANI: 789.831.854-49

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1  
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: BAIXA RENDA  
Ligação: MONOFÁSICO  
Roteiro: 2-17-430-1800 Nº Medidor: 00008623707



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1686016-5

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00016860165



VALOR DA FATURA

R\$ 29,93



VENCIMENTO

12/08/2020



REFERÊNCIA

Ago / 2020



CONSUMO

72kWh

2,48 kWh  
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

#### DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Base Calc Total (R\$)	Alíq ICMS (R\$)	ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS (R\$) PIS/Cofins 1,0845%	Cofins (R\$) Cofins 4,9955%
0601	Consumo até 30kWh-BR	30	0,193470	5,80	0,00	0	0,00	5,80	0,06
0601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	42	0,331680	13,93	0,00	0	0,00	13,93	0,15
0610	Subsídio			20,07	0,00	0	0,00	20,07	0,22
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			8,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0904	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DMIC 06/2020			-0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-18,95	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 29,93 0,00 0,00 39,80 0,43 1,98  
Tarifa s/ Tributos Até 30kWh 0,191720 Até 100kWh 0,311520

RESERVADO AO FISCO 4a72.2690.a5cd.ee45.997c.4313.2441.1cb1.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2023 11:04:18

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091111041835800000074330253>

Número do documento: 23091111041835800000074330253

Num. 78952229 - Pág. 5



MUNICÍPIO 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: 340849 Atd: Nao r  
Data: 08/09/2020  
Hora: 20:18:37  
Recepcionista: THAIS DE ALMEIDA FER  
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE  
Nome: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA  
Nome Social: NAO INFORMADO CPF:  
Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2020.09.000719

CNS: 708505325336474 Sexo: F IDENTIDADE: 3459903 Fone: 987115519  
Natural: ITAPOROROCA/PB Data Nasc.: 08/05/1968 Id: 52 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 0  
Bairro: LOTEAMENTO CIDADE ALTA Cidade: ITAPOROROCA UF: PB  
Mãe: ROSA MARIA DAS NEVES  
Pai: LUIZ VICENTE DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação:  
Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA  
Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987115519 / IDENTIDADE: 3459903

Cedência: HOSPITAL ESTADUAL JOSE FELIX

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violência por: NAO

Caso Policial

TC: *fora*  
DATA: *09/09/2020*  
Hora: *16:41*

PSE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ [ ] Aparentemente Bem ☐ [ ] Grave

☐ [ ] Politraumatizado ☐ [ ] Convulsao

☐ [ ] Hemorragia ☐ [ ] Dispneia

☐ [ ] Diarreia ☐ [ ] Agitado

☐ [ ] Regular ☐ [ ] Chocado

☐ [ ] Vomito

Observacao

Lesão Principal

QUEDA DE MOTO, REFERE DOR NO BRACO ESQUERDO.

ALERGIA A DIPIRONA E HIPERTENSA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Dor e edema no punho (E) glislo*  
*trauma por acidente de moto*  
Diagnostico *Fratura do rádio. | Conduta | intermédia*  
*do hospital (E) | hospitalar.*

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. *André Vasconcelos*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 88.76  
OAB: 22251  
EOT 15918





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL PÚB. ESTADUAL PREFEITO JOSÉ FÉLIX DE BRITO

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

FICHA Nº		DATA	08/09/2021
PACIENTE	Lidomirna Rosa da Silva		
ORIGEM	Hospital Geral de Floresta		
SOLICITANTE	Cond. Clínica	CLÍNICA	Traumatologia

MOTIVOS DO ENCAMINHAMENTO

Incorrente a paciente supracitada 53 anos, vítima de acidente de moto, apresentando dor + edema + limitação de movimento do punho (E) gelada que se fez às 17:00 de hoje. Solicito avaliação e a data da ortopedia. PA: 122 x 71 mmHg  
Rx do punho: fratura distal do rádio (E).

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA

- 1- Imobilização do membro;
- 2- Voltaren
- 3- ocladron
- 4- dipirona; OXFA + AD EV

ENCAMINHADO PARA

Hospital ortopedica de mangalá

ASSINATURA/CARIMBO  
MÉDICO

Att:

Fred M. F. de Oliveira

CRM-PB: 2257 / CRM-PE: 21172





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Luiz Roberto Silva</u>		Data da Admissão: <u>08/09/2022</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1/</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1/</u>	
QPD: _____			
HDA: <u>Paciente vítima de acidente de moto com dor e lesão torácica</u>			
Medicações em uso: _____			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso _____ Kg em _____ [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> [ ] Dor _____ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> [ ] Dor _____ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume			
<b>AGU:</b> [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: _____			
<b>SME:</b> [x] Dor _____ [ ] Rigidez pós-reposou [x] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [x] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos			
<b>SN e PSQ:</b> [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor			

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



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ] HT

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: Fratura do rádio distal E

Conduta: Imagem mais detalhada

Dr. Everton Vasconcelos  
Ortopedia e Traumatologia

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Maceió - PB 55100-000

CRM-PB 8876  
TEOT 12710







### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>VIVIANE ROCHA DA SILVA</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>EDSON GILDO</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>PRIMA MÃO DEGRAL CIB</u>				<u>522.5</u>	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>1</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>REDUÇÃO FECHADA +</u>					
<u>FIXAÇÃO PERCUTÂNEA</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 (X) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
	DDH
Incisão:	
	PENCURANCA
Achados:	
	FLAQUA MÍO DISCAL.
Conduta:	
	REDUÇÃO FECHADA +
	FIXAÇÃO PENCURANCA
Fechamento:	
	CURATIVO +
	YACA
OBS:	

Data: 18/09/20

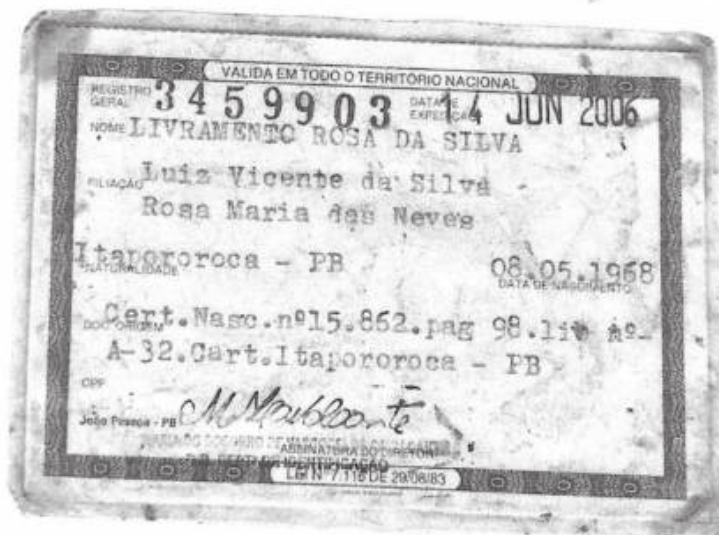
Edson D. Tinoco  
 Cirurgião de Mão e Microcirurgia  
 CRM 107114  
 MÉDICO/CRM

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









## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009827/21  
**Vítima:** LIVRAMENTO ROSA DA SILVA  
**CPF:** 043.084.994-02  
**CPF de:** Próprio  
**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A  
**Data do acidente:** 08/09/2020  
**Titular do CPF:** LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### LIVRAMENTO ROSA DA SILVA : 043.084.994-02

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: 12/01/2021  
Nome: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA  
CPF: 043.084.994-02

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/01/2021  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA







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 Fevereiro de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210010599**

**Vítima: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA**

**Data do Acidente: 08/09/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LIVRAMENTO ROSA DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **LIVRAMENTO ROSA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000002009-5**

Conta: **000000050305-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

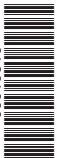
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01279/01280 - carta\_15R - INVALIDEZ

00010640



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

**2 - Nº do sinistro ou ASL:** **3 - CPF da vítima:** **4 - Nome completo da vítima:**  
 043.084.994-02 Beneditino Rosa da Silva

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

**5 - Nome completo:** **6 - CPF:**  
Beneditino Rosa da Silva 043.084.994-02

**7 - Profissão:** **8 - Endereço:** **9 - Número:** **10 - Complemento:**  
Assessoria Sít. Bagça do solo 514

**11 - Bairro:** **12 - Cidade:** **13 - Estado:** **14 - CEP:**  
Área Rural Itapora PR 58275-000

**15 - E-mail:** **16 - Telefone:**  
 83.9991-9283

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

**17 - Nome completo do Representante Legal:** **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: Bradesco

AGÊNCIA: 2009 5 CONTA: 0050305 3  
 (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 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

**23 - Estado civil da vítima:** ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo **24 - Data do óbito da vítima:**

**25 - Grau de Parentesco com a vítima:** **26 - Vítima deixou companheiro(a):** ☐ Sim ☐ Não **27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:**

**28 - Vítima teve filhos?** ☐ Sim ☐ Não **29 - Se tinha filhos, informar Vivos:** **30 - Vítima deixou nascituro (se houver)?** ☐ Sim ☐ Não **31 - Vítima teve irmãos?** ☐ Sim ☐ Não **32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:** **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 a(que)les 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 - 1º | Nome:** **CPF:**  
 Assinatura da testemunha

**39 - 2º | Nome:** **CPF:**  
 Assinatura da testemunha

**40 - Local e Data:** **41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)** **43 - Assinatura do Procurador (se houver)**





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08135597620218152001

**BRADESCO SEGUROS S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LIVRAMENTO ROSA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 6 de setembro de 2023.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

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



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2023 11:04:19  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091111041882600000074330255>  
Número do documento: 23091111041882600000074330255

Num. 78952231 - Pág. 2



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2023 11:04:19  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091111041882600000074330255>  
Número do documento: 23091111041882600000074330255

Num. 78952231 - Pág. 3