



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
<b>LIVRAMENTO ROSA DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO)</b> <b>GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)</b> <b>NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA registrado(a) civilmente como ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
78952 221	11/09/2023 11:04	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
78952 229	11/09/2023 11:04	<a href="#"><u>2806481_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
78952 231	11/09/2023 11:04	<a href="#"><u>2806481_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

em anexo



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2023 11:04:18  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091111041756300000074330245>  
Número do documento: 23091111041756300000074330245

Num. 78952221 - Pág. 1

## 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



# 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  
BRADESCO020220210500000000002370200900000050305168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2023 11:04:18  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091111041835800000074330253>  
Número do documento: 23091111041835800000074330253

Num. 78952229 - Pág. 2

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 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 Projeta, 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 RÁDIO DISTAL ESQUERDO, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, 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.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

Agente de Investigação

LIVRAMENTO ROSA DA SILVA  
Noticiante

Procedimento Policial: 08507.01.2020.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2023 11:04:18  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091111041835800000074330253>  
Número do documento: 23091111041835800000074330253

Num. 78952229 - Pág. 3



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DANIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou AEL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Sidrângelo Rosa da Silva</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012					
5 - Nome completo:		6 - CPF:			
<i>Sidrângelo Rosa da Silva</i>		<i>043.084.994.02</i>			
7 - Profissão:		8 - Endereço:	9 - Número:		10 - Complemento:
<i>autônoma</i>		<i>31 bagoa do solo</i>	<i>511</i>		
11 - Bairro:		12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	
<i>Área Rural</i>		<i>Itaparica</i>	<i>PR</i>	<i>58275000</i>	
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD): <i>83.39921-9283</i>			
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00					
21 - DADOS BANCÁRIOS:					
<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <i>Bradesco</i>		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <i>Bradesco</i>		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			AGÊNCIA: <i>2009</i> 5      CONTA: <i>00503053</i> <small>(Inserir o dígito se existir)      (Inserir o dígito se existir)      (Inserir o dígito se existir)</small>		
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):					
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> 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 as 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 discordo do seu conteúdo.					
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE					
23 - Estado civil da vítima:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <small>Se teve filhos?      <input type="checkbox"/> Sim      <input type="checkbox"/> Não</small>		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro/vámenos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	
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 cliente, 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 rogo/a pedido		38 - 1º   Nome: _____ CPF: _____	
				Assinatura da testemunha	
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido				39 - 2º   Nome: _____ CPF: _____	
				Assinatura da testemunha	
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido					
40 - Local e Data:		<i>Jaraguá-PB 10-5-12-2020</i>		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)				43 - Assinatura do Procurador (se houver)	

FOLHA DE ASSINATURA

FOLHA DE ASSINATURA

FOLHA DE ASSINATURA

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



CPF/CNPJ/RANI: 789.831.854-49

Grupo: CONVENCIONAL BAIKA TENSÃO / Subgrupo: B1  
Classe: PES MTC B1 / Subclasse: BAIKA 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

2,48 kWh  
MÉDIA DIÁRIA

72kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRITIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa/s/ Tributos	Valor Base Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS Calc (R\$)	Aliq (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS(R\$)	Cofins(R\$)	ICMS (R\$) PIS/Cofins 1,0845% 4,3955%
0601	Consumo até 30kWh-BR	30	0,193470	5,80	0,00	0	0,00	5,80	0,06	0,29	
0601	Consumo -31 a 100kWh-BR	42	0,331680	13,93	0,00	0	0,00	13,93	0,15	0,89	
0610	Subsídio			20,07	0,00	0	0,00	20,07	0,22	1,00	
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>											
0607	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			8,99	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0604	COMPENSAÇÃO POR INDICADOR-DMIC06/2020			-0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0605	Devolução Subsídio			-18,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCI: Código de Classificação do Item  
Tarifa/s/ Tributos: Até 30kWh 0,191720 Até 100kWh 0,311520

RESERVADO AO FISCO 4872.2890.e5cd.ee45.987c.4313.2441.1cb1.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2023 11:04:18  
https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091111041835800000074330253  
Número do documento: 23091111041835800000074330253

Num. 78952229 - Pág. 5

SECRETARIA 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  
Data: 08/09/2020  
Hora: 20:18:37  
Repcionista: THAIS DE ALMEIDA FER  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE  
Nome: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA Num. de vezes atendido: 1  
Nome Social: NAO INFORMADO Num. Prontuario: 2020.09.000719  
CPF:  
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  
Mae: ROSA MARIA DAS NEVES Pai: LUIZ VICENTE DA SILVA  
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: CASADO(A)  
Ocupação:  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO  
Resp.: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA  
Tel/Doc. Responsavel: 987115519 / IDENTIDADE: 3459903  
Cedencia: HOSPITAL ESTADUAL JOSE FELIX

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO  
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO  
Vitima de violência por: NAO  
Caso Policial

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

PSE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO  
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO  
PA: FR: [ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
PC: TP: [ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
Peso: Altura: [ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
Glicemias: IMC: [ ] Diarreia [ ] Agitado  
Circ. Abd: O2%: [ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
Sintoma Principal Observacao  
QUEDA DE MOTO , REFERE DOR NO BRACO ESQUERDO. ALERGIA A DIPIRONA E HIPERTENSA

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Dor e edeme em punho (E) direito  
travame por ex ante de mto  
Diagnostico Frotura da m. Conduta Internação  
dia distal (E) hospitalar

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. *Wanderley Vasconcelos*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 8619  
CRM-FP 22251  
CREF 15918  
PROCT 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	08/09/2023
PACIENTE	Lidiane Costa da Silva	
ORIGEM	Hospital geral de Itaboraí	
SOLICITANTE	End. Oliveira	
CLÍNICA	Trauma Pto	

MOTIVOS DO ENCAMINHAMENTO

Encaminhado a paciente suposta de 53 anos, vítima de acidente de moto, apresentando dor + edema + limitação de movimento do punho. (1) Selta que o fato foi os 17:00 de hoje. Solicite esalações e data da ortopedia. PA 122x71 mmHg  
Rx do punho: Fratura distal do rádio (1).

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA

- 1- immobilização do membro;
- 2- voltaren → OFT 10
- 3- acetadronac →
- 4- sifirova; on fa + ad ev

ENCAMINHADO PARA

Hospital ortopédica de Itaboraí

ASSINATURA/CARIMBO  
MÉDICO

Att:

Fred M. F. de Oliveira  
CRM-PB: 0357 / CRM-PE: 21172





## **FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA**

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: *Fenômeno do mês do sol (E)*Conduta: *internar paciente pessoa + sol*

Dr. Everton Vasconcelos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 6518  
TEOT 1570

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Maracanaú - Ceará - Brasil





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: VIVIANE NOVA DA SILVA				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	1º Assistente:			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
PRAGMMA NADIA DE GAIOL ENO				SC2.5	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
(1)					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO PERMANE					
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	
<b>Posição e Preparo:</b>	DDH
<b>Incisão:</b>	DECURVANEA
<b>Achados:</b>	FLAGMA MÍDIO DISSEC.
<b>Conduta:</b>	REDUÇÃO FECHADA + FIXAÇÃO PERMANE
<b>Fechamento:</b>	CURVADO + TACA
<b>OBS:</b>	

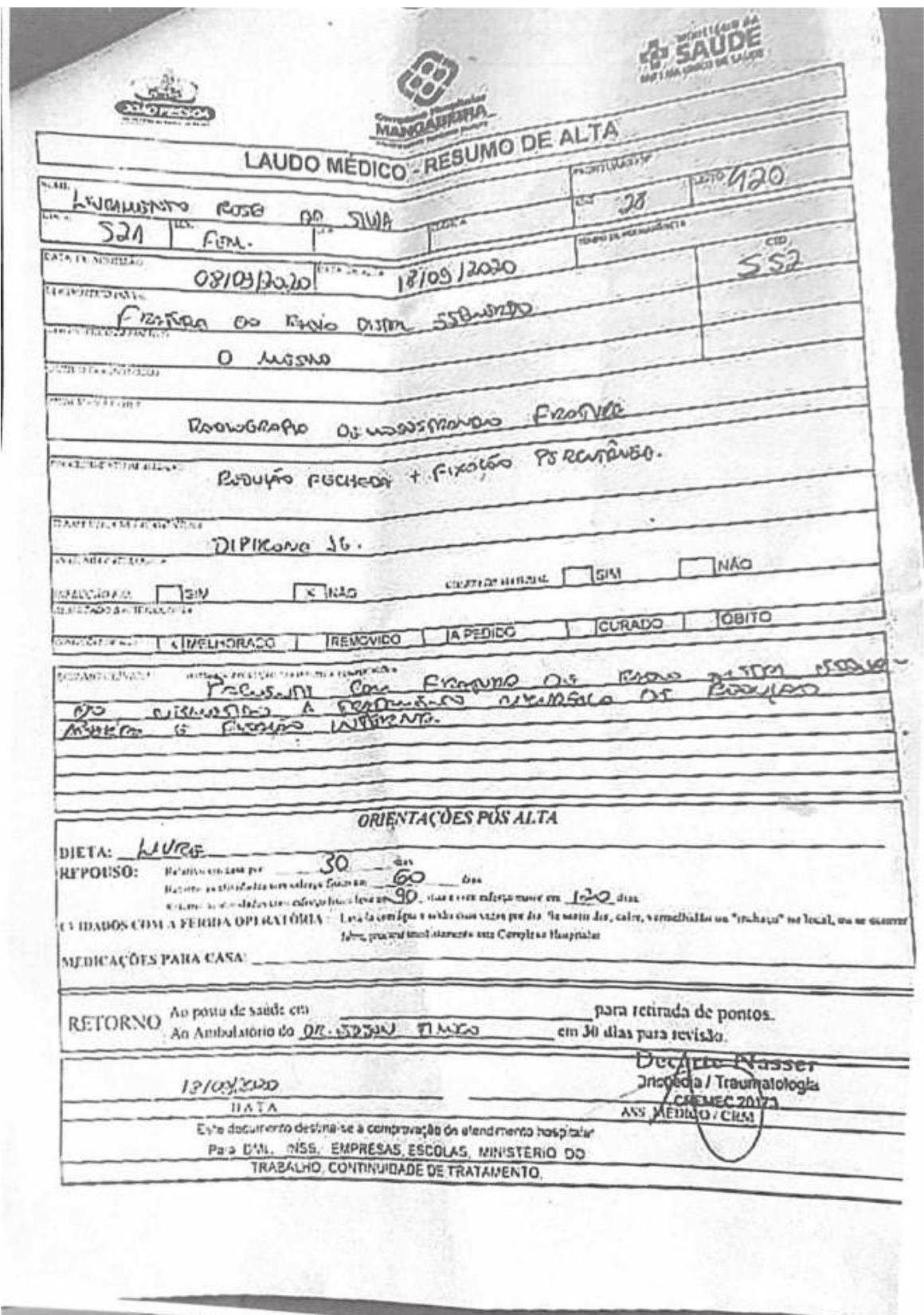
Data: 18/09/20

Edson D. Linoco  
Médico e Reumatologista  
Agenda Médica e Reumatologia  
cont. p/ 112

MÉDICO/CRM

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







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2023 11:04:18  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091111041835800000074330253>  
Número do documento: 23091111041835800000074330253

Num. 78952229 - Pág. 13

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009827/21

**Vítima:** LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

**CPF:** 043.084.994-02

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**CPF de:** Próprio

**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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolla o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DANIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE		<input type="checkbox"/> MORTE													
2 - Nº do sinistro ou AEL:		3 - CPF da vítima:		4 - Nome completo da vítima: <i>Silvâncio Lobo da Silva</i>															
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012																			
5 - Nome completo:		6 - CPF:																	
<i>Silvâncio Lobo da Silva</i>		<i>043.084.994.02</i>		7 - Profissão:		8 - Endereço:													
<i>autônomo</i>		<i>31 bagoa do solo</i>		9 - Número:		10 - Complemento:													
11 - Bairro:		12 - Cidade:		13 - Estado:		14 - CEP:													
<i>Área Rural</i>		<i>Itaparicaia</i>		<i>PE</i>		<i>58275000</i>													
15 - E-mail:						16 - Tel./Fone:													
						<i>83.39921-9283</i>													
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"><input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> SEM RENDA</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00</td> </tr> </table>								<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00		<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00															
<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00															
21 - DADOS BANCÁRIOS:																			
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO				<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)															
<input type="checkbox"/> CONTA POUPLANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)															
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)				<input type="checkbox"/> Nome do BANCO: <i>Bradesco</i>															
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)																			
AGÊNCIA:		CONTA:		AGÊNCIA: <i>2009</i>		CONTA: <i>00503053</i>													
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)													
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.																			
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE																			
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):																			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.</td> </tr> </table>								<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou	<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou	<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.									
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou																			
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou																			
<input checked="" type="checkbox"/> 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.																			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE																			
23 - Estado civil da vítima:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:															
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:															
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro/vámenos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não													
						32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:													
						33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não													
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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 rogo/a pedido		38 - 1º   Nome: _____															
				CPF: _____															
				Assinatura da testemunha															
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido				39 - 2º   Nome: _____															
				CPF: _____															
				Assinatura da testemunha															
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido																			
40 - Local e Data:		<i>Jaraguá-PB, 15-12-2020</i>		41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)															
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)				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.tjpj.rj.gov.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091111041882600000074330255>  
Número do documento: 23091111041882600000074330255

Num. 78952231 - Pág. 1

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.tpb.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.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091111041882600000074330255>  
Número do documento: 23091111041882600000074330255

Num. 78952231 - Pág. 3