



Número: **0801746-28.2022.8.15.0381**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Itabaiana**

Última distribuição : **05/05/2022**

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
IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA (AUTOR)	RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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
81332073	27/10/2023 10:30	<a href="#">Petição</a>	Petição
81332075	27/10/2023 10:30	<a href="#">2880238_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
81332076	27/10/2023 10:30	<a href="#">2880238_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 14 de Janeiro de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200467402**

**Vítima: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 22/08/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), IVANILDO OLIVEIRA 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 ombros  
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: **IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001456**

Conta: **0000014908-4**

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. 01665/01666 - carta\_15R - INVALIDEZ

00010833





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 043.554.944-89 4 - Nome completo da vítima: Iramildo Oliveira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPLEN Nº 440/2012

5 - Nome completo: Iramildo Oliveira da Silva 6 - CPF: 043.554.944-89

7 - Profissão: Rêgo 8 - Endereço: Resentamento Maravilha 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: São Miguel de Taubaté 13 - Estado: PB 14 - CEP: \_\_\_\_\_

15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 183 98855-3045

### 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:  RECURSO INFORMAR  SEM RENDA  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  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: 456 CONTA: 4908 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

### 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas de 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 discordar de 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 nascturo (nel razão)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

34 - Imprensa digitalizada  
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: São Miguel de Taubaté, 12 de dezembro de 2020.  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver): \_\_\_\_\_  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

2/2019





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00504.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00504.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:56 horas do dia 10 de dezembro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Ivanildo Oliveira da Silva**, conhecido(a) por Ivan, CPF nº 043.554.944-89, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Margarida Domingos da Silva e Sebastião Domingos da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 10/10/1981 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Assentamento Maravilha, Nº S/N, complemento CASA NA ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo do Sítio Matavalha, na cidade de São Miguel de Taipu/PB, telefone(s) para contato (83) 98855-1045.

#### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Pb-042, nº S/N, Via Pública, Próximo do Bar da Mangueira, São Miguel de Taipu/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 22/08/20 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

#### **Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) **Moto**, modelo POP 100i, marca **HONDA**, tipo de veículo **MOTOCICLETA**, cor **VERMELHA**, ano 2016/2016, UF: PB, placa QFO-0207, chassi 9C2JB010GR509136, renavam 0109241213-9, características gerais: Veículo Em Nome do Declarante e Demais Dados No C.r.l.v.

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUANDO TRAFEGAVA COM O VEÍCULO NO LOCAL, DATA E HORA, TUDO JÁ DESCRIMINADO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE QUANDO PERDEU O CONTROLE E VEIO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE E QUE FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME DOCUMENTOS APRESENTADOS NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E COMO O DECLARANTE PRETENDE DAR ENTRADA NA DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA E NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO "D.P.V.A.T." AO QUAL FAZ JUS, VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS CABÍVEIS E LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DATA FUTURA E EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTE ESTADO.

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, excepo a presente Certidão, A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 00504.01.2020.1.05.101

1/2



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAIBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

Lucena/PB, 10 de dezembro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA  
Agente de Investigação

IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 00504.01.2020.1.05.101

2/2





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 043.554.944-89 4 - Nome completo da vítima: Iramildo Oliveira da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUDEP Nº 440/2012

5 - Nome completo: Iramildo Oliveira da Silva 6 - CPF: 043.554.944-89

7 - Profissão: Rêgo 8 - Endereço: Resentamento Maravilha 9 - Número: S/N 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: São Miguel de Taquá 13 - Estado: PB 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 98855-3045

### 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:

- RECURSO INFORMAR
- SEM RENDA
- R\$1.00 A R\$1.000,00
- R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00
- R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
- 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: 456 CONTA: 14908 AGÊNCIA: CONTA:

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 discordar de 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 nascturo (nel razão)?  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 - Imprensa digitalizada  
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: São Miguel de Taquá, 12 de Dezembro de 2020.  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

2/2019





BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001                   AGÊNCIA: 1234                   CONTA: 12345

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	07/01/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	320046740201
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000014908

---

---

Número da Autenticação

CE08F3A3B4E351A2



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal  
Documento não é segunda via do conta.  
Boleto para simplificar pagamento da nota fiscal com a energia elétrica Nº 051.008.453



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 10 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 14.015.823-0

### DADOS DO CLIENTE

MARIA DA PENHA FELINTO  
ASSENT MARAVILHA DO RURAL  
SAO MIGUEL DE TAPU

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1556181-4

### REFERÊNCIA

SET/2020

### APRESENTAÇÃO

21/09/2020

### CONSUMO

89

### VENCIMENTO

28/09/2020

### TOTAL A PAGAR

R\$ 32,08

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 24/09/2020

Pagador: MARIA DA PENHA FELINTO CNPJ/CPF: 043.440.984-71

ASSENT MARAVILHA DO RURAL - AREA RURAL - SAO MIGUEL DE TAPU / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
3268926001845598	00000000202009	28/09/2020	R\$ 32,08	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



2020

Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123812 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1252965



PARAIBA  
Governador do Estado

Identificação do paciente			
Nome	IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA		Sexo Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião
10/10/1981	38 anos 10 meses 12 dias	CASADO(A)	CATOLICA
Mãe	Pai		Prontuário
MARGARIDA ANDRE DE OLIVEIRA	SEBASTIAO DOMINGOS DA SILVA		
Escadaria	Responsável (Parentesco)		
FUNDAMENTAL INCOMPLETO	IVANICE OLIVEIRA DA SILVA - IRMAO(A)		
DDD Celular	Celular	DDD	Telefone
03	987148679		
Tip. documento	Número documento	Nº Crs.	
RG (IDENTIDADE)	2724056	706007603230745	
Local de procedência		UF	
SAO MIGUEL DE TAIPU		PB	
Endereço	Naturalidade	CBOIR	
	SANTA RITA		
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58334000	SAO MIGUEL DE TAIPU	PB	MARAVALHA
Numero	Complemento		Bairro
SN			ZONA RURAL
Admissão			
Data e Hora	Numero da pulseira	Convênio	
22/09/2020 20:37:06	1000007964458	SUS	
Especialidade		Clinica	
CIRURGIA GERAL			
Classificação de risco		Origem do paciente	
		OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Carater de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente	
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial	Piano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
AMBULANCIA			
Sinais Vitais			
PA	Pulso	Temperatura	
X			
	mmHg		
Exames complementares			
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
			Liquor [ ]
			ECG [ ]
			Ultrassonografia [ ]
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por			Tempo
RENATA HERCULANO DA SILVA			01seg
Imprimir			

0501030572430000076531357



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/10/2023 10:30:58

https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2310271030572430000076531357

Número do documento: 2310271030572430000076531357

EMANUELO OLIVEIRA DA SILVA  
Data Nascimento: 10/10/1990 Sexo: M  
706 0078 0323 0745





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



*Sua vez*  
**PARAÍBA**  
Governador João Pessoa

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA</b>	RAE 1252965	Data/Hora Entrada 22/08/2020 20:37:06	Data Birth
Data de nascimento 10/10/1981	Idade 38a 10m 13d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 967148673
Mãe <b>MARGARIDA ANDRE DE OLIVEIRA</b>		CNS 706007803230745	Prontuário
Endereço <b>MARAVALHA, SN</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>SÃO MIGUEL DE TAIPI</b>	UF PB
Accidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GILVANDO CARNEIRO LEAL</b>	Nº Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 22/08/2020 20:37:06		Data/Hora Prescrição 22/08/2020 22:34:10	

**ANAMNESE**

Paciente conduzido em ambulância referindo dor forte em ombro esquerdo após queda de moto. Nega perda da consciência, náuseas ou vômitos. Apresenta abaulamento em ombro esquerdo com dor à palpação local e limitação dos movimentos do m.m. Mobilidade do pescoço e membros preservada. Tórax e abdome: ndh conduta: analgesia + exs. radiol. + alta da cirurgia + parecer da ortopedia.

**MEDICAÇÃO**

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,4 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE s.d.)

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)  
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

**CID10**

M79.6 - Dor em membro

**Conduta**

Em observação

Enfermeiro

**GILVANDO CARNEIRO LEAL**  
(2489/PB)

Boletim registrado por: RENATA HERCULANO DA SILVA em 22/08/2020 20:37:07





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Genador Humberto Soares



*Seus Títulos*  
**PARAÍBA**  
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA</b>	BAC 1252965	Data/Hora Entrada 22/08/2020 20:37:06	Data Bixa
Data de nascimento 10/10/1981	Idade 38a 10m 13d	Sexo Masculino	CNS 706007803230745
Mãe MARGARIDA ANDRE DE OLIVEIRA	Bairro ZONA RURAL	Município SAO MIGUEL DE TAPU	UF PB
Endereço MARAVALHA, SN	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ANDRÉ GUSTAVO SOARES XIMENES	Nº Cons. Regional 12412/PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Data/Hora Prescrição 22/08/2020 23:56:57	
Data/Hora Classificação 22/08/2020 20:37:06			

### ANAMNESE

ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO HJ PELA TARDE, APRESENTA DOR NO OMBRO ESQUERDO AO EXAME: NV PRESERVADO; ADM LIMITADO RX EVIDENCIANDO FRATURA DE UMBRO PROXIMAL ESQUERDO CD SOLICITO TC DE OMBRO ESQUERDO PARA DEFINIR CONDUITA STAFF: DR TIBERIO E DR RAMON

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TODOS OS CORTES E 3D)

### Conduta

Em observação

*Dr. André S. Ximenes*  
Médico  
CRM-PB 12412

Enfermeiro

ANDRÉ GUSTAVO SOARES XIMENES  
(CRM: 12412/PB)

Boletim registrado por: RENATA HERCULANO DA SILVA em 22/08/2020 20:37:07





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



**PARAÍBÁ**  
Governo do Estado

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

Paciente <b>IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA</b>	BAE 1252965	Data/Hora Entrada 22/08/2020 20:37:06	Data Birth 2020-08-23 00:42:08.0
Data de nascimento 10/10/1961	Idade 38a 10m 13d	Sexo Masculino	CNS 706007803230745
Mãe <b>MARGARIDA ANDRE DE OLIVEIRA</b>	Bairro ZONA RURAL	Município SAO MIGUEL DE TAIPIU	UF PB
Endereço MARAVALHA, SN	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA	Nº Cartão Registro 7296/PB
Acidente QUEDA / OUTROS		Data/Hora Prescrição 23/08/2020 02:42:12	
Data/Hora Classificação 22/08/2020 20:37:06			

### ANAMNESE

Paciente conduzido em ambulância referindo dor forte em ombro esquerdo após queda de moto. Nega perda da consciência, vômitos, tonturas. Apresenta apresentando abaulamento em ombro esquerdo com dor à palpação local e limitação dos movimentos do msc. Mobilidade do codo preservada. Tórax e abdome: ndm conduta: analgesia + exs. radiol. + alta da cirurgia + parecer da ortopedia.

ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO HJ PELA TARDE. APRESENTA DOR NO OMBRO ESQUERDO AO EXAME: NV PRESERVADO. ADM LIMITADO RX EVIDENCIANDO FRATURA DE UMEMO PROXIMAL ESQUERDO CD: SOLICITO TC DE OMBRO ESQUERDO PARA DEF. CONDUTA STAFF: DR TIBERIO E DR RAMON

ORTOPEDIA QUEDA DE MOTO HJ PELA TARDE. APRESENTA DOR NO OMBRO ESQUERDO AO EXAME: NV PRESERVADO. ADM LIMITADO RX EVIDENCIANDO FRATURA DE ESCAPULA COM DESVIO ACEITAVEL CD: HEMI J + AINES + ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

### MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 00 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE SDA)

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TODOS OS CORTES E 3D)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TODOS OS CORTES E 3D)

### PROCEDIMENTO

HEMI - J

### CID10

M79.6 - Dor em membro

S42.1 - Fratura da omoplata [escápula]

Dados coletados anteriormente  utilizar na impressão?

### Conduta

Alta médica

### Alta

Usuário  
TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA  
Motivo da alta  
ALTA MEDICA

Data e Hora  
23/08/2020 02:42:06  
Observações:

Dr. Tiberica Medeiros  
Ortopedia Traumatologia  
Cirurgia Ombro e Cotovelo  
CRM: 12.148/2017



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Rua: ...		Usuário: GILVANDO Boleim: 1252965	
Nome: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA Motivo do Atendimento:		Data Prescrição: 22/08/2020 22:34:10	
Data de Nascimento: 10/10/1981 Idade: 38		Nº Prontuário: 1252965	
Sexo: MASCULINO		Validade da Prescrição: 22/08/2020 22:34:00 - 23/08/2020 22:34:00	
Enfermaria / Leito:		Senha:	
Matricula:		Permanência na: 1h 57min	
Data de entrada: 22/08/2020 20:37:06		Permanência no:	
Via de Admin.:		Veloc. Inf.:	
Pos:		Aprazamento:	
Nome do medicamento:		Reimpresso por:	
Dose:		dia:	
U.M.:		E.V.:	
ML:		AGORA	
1. DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)		Observação: diluir em 10 ml de ad	

Assinado eletronicamente por:  
 GILVANDO CARNEIRO LEAL  
 null: 24/88

Assinatura e Carimbo do Profissional



Nº: 677902

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA	CNS 706007803230745	Idade
Data de Nascimento 10/10/1981	Boletim Emergência 1252965	Prontuário
Material a examinar		
Seção: SALA DE ESTABILIZAÇÃO		
Data Prescrição: 22/08/2020 22:34:10		

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO ESQUERDAS (TRES POSICOES)  
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

*preparado para  
22.08.2020  
22.08.2020*

*SM*

*CMO* ~~*[Signature]*~~

Gilvando Carneiro Leal  
Cirurgião Geral - CRM 2488

Requisitado por  
Data

Assinatura e Carimbo do Profissional



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.724.056 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 02/09/2014

NOME IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

FILIAÇÃO SEBASTIÃO DOMINGOS DA SILVA MARGARIDA ANDRÉ DE OLIVEIRA

NATURALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 10/10/1981

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº3898 - LIV.A-4 - FLS.091 - CARTORIO SÃO MIGUEL TAIPU PB

CPF 043.554.944-89

Estado: Paraíba - PB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número **043.554.944-89**

Nome **IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA**

Nascimento **10/10/1981**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTRUTURA DA IDENTIDADE

L-237

RESERVA DE DIREITO DE USO PARA O SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO DE BIOMETRIA

ASSINATURA: *Ivanildo Oliveira da Silva*

CARTeira DE IDENTIDADE



DENATRAN

LACRE 004305361

DETRAN - PB Nº 015456934764  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA BRT 20200300001281-7 EXERCÍCIO  
1 0109241213-9 00/00000000 2019

NOME  
IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

CPF / CNPJ PLACA  
04355494489 QF00207/PB

PLACA ANT / UF CHASSI  
NOVO PB 9C2JB0100GR509136

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB ANO MOD  
HONDA/POP 1101 2010 2010

CAP / POT / CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2 P/109 /CI PARTIC VERMELHA

COTA UNICA VENC COTA UNICA VENC / COTAS  
I 00/00/0000 1º  
P 2º  
V FAIXA I PVA PARCELAMENTO / COTAS 3º  
A \*\*\*\*\* 0

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO P A G O 03/02/2020

OBSERVAÇÕES  
A F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

LOCAL DATA  
SAO MIGUEL DE TAIPU-PB 03/02/2020

41947  40720

CONTRAN





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA
DATA DO ACIDENTE
CPF DA VÍTIMA
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR
VÍTIMA
REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É
ENDEREÇO DO PORTADOR
Nº
COMPLEMENTO
BAIRRO
CIDADE
UF
CEP
E-MAIL
TELEFONE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUITADAS
NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA/ACOMANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO DO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA
IDENTIDADE
ASSINATURA
DATA
NOME
ASSINATURA

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200467402 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 29/12/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA.  
FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES. P.5  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200467402 **Cidade:** São Miguel de Taipu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 22/08/2020 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 29/12/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA ESCÁPULA ESQUERDA.  
FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES. P.5  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374163/20  
**Vítima:** IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA  
**CPF:** 043.554.944-89  
**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 22/08/2020  
**CPF de:** Próprio  
**Titular do CPF:** IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA : 043.554.944-89

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: 23/12/2020  
Nome: IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 043.554.944-89

IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2020  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE ITABAIANA/PB**

**Processo: 08017462820228150381**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **IVANILDO OLIVEIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, 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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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.

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,

ITABAIANA, 25 de outubro 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)



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 - 27/10/2023 10:30:59  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23102710305847900000076531358>  
Número do documento: 23102710305847900000076531358

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/10/2023 10:30:59  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23102710305847900000076531358>  
Número do documento: 23102710305847900000076531358