



03/11/2020

Número: **0800104-89.2018.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **17/01/2018**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARLY VIRGINIO DE SOUSA (AUTOR)		ERIKA DE FRANCA PERGENTINO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36191564	03/11/2020 15:52	Petição	Petição
36191565	03/11/2020 15:52	2657074_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
36191570	03/11/2020 15:52	2657074_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOUSA/PB

Processo: 08001048920188150371

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 **MARLY VIRGINIO DE SOUSA**, 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:

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

Houve o pagamento administrativo no valor de R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)

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.

Cumprе ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que **não há incapacidade permanente**.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOUSA, 29 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 15:52:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110315522299100000034557130>
Número do documento: 20110315522299100000034557130

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10576865

A/C: MARLY VIRGINIO DE SOUSA

Sinistro: 3170104969 ASL-0063900/17
Vítima: MARLY VIRGINIO DE SOUSA
Data Acidente: 11/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Prezado(a) Senhor(a),

Relativamente ao acidente ocorrido em **11/11/2016**, informamos a não cobertura técnica da indenização pleiteada, tendo em vista que após análise técnica e médica da documentação apresentada, concluímos não haver invalidez permanente resultante do acidente causado por veículo automotor, passível de cobertura pelo Seguro DPVAT nos termos da Lei nº 6.194/1974, com redação conferida pela Lei nº 11.945/2009.

Assim, por não haver cobertura técnica para o evento objeto de sua solicitação, haja vista a inexistência de sequelas permanentes, consideramos a presente reclamação de indenização como encerrada em nossos arquivos.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00523/00524 - carta_05



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2017

Carta nº: 11179895

A/C: MARLY VIRGINIO DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170328260 ASL-0229151/17
Vítima: MARLY VIRGINIO DE SOUSA
Data Acidente: 11/11/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: WILDEMBERG ANDRADE FORMIGA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00231/00232 - carta_01





Nº DO SINISTRO _____

CAMPO RECONHECIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT; nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

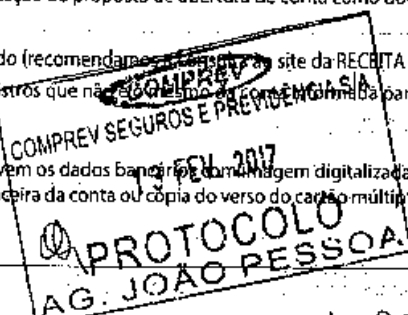
EU, MARLEY VIRGINIO DE SAUS
PORTADOR(A) DO RG Nº 2906838 EXPEDIDO POR SSP/PA EM 18/07/2011 E
CPF 048813810-00 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO PROCURADOR
E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARLEY VIRGINIO DE SAUS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta-salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas, com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos consultar o site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não seja o mesmo da conta em nome da para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanter colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 033 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1590-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1009270-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

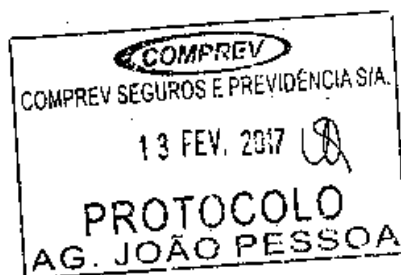
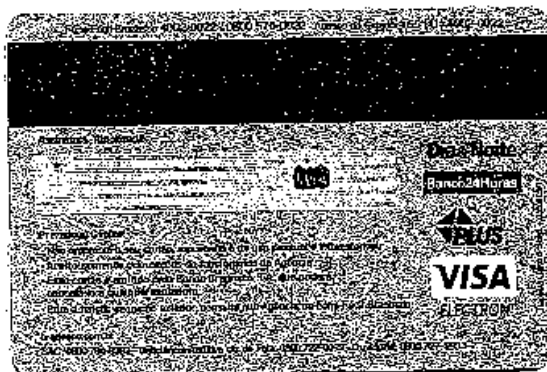
Sousa PA 19 de NOVEMBRO de 2016
LOCAL E DATA

MARLEY VIRGINIO DE SAUS
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente, na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





07





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PATOS/PB
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SOUSA/PB
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SANTA CRUZ/PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 367/2016

Versando Sobre: *Acidente de Transito.*

Data do Fato: 11.11.2016, por volta das 18:h,00:min.

Local do Ocorrido: Bairro Mutirão, Sousa-PB.

Data que a Delegacia Tomou Conhecimento: 27.12.2016.

O(A) Comunicante MARLY VIRGINIO DE SOUSA, brasileira, casada, aposentada, com 58 anos de idade, filha de Francisca Virginio e de pai não declarado, Portadora do RG nº 2906238/SSP/PB, CPF nº prejudicado, residente na Rua Feliciano Guimaraes, nº 104, Jardim Brasília, Sousa-PB.

VITIMA: O Comunicante.

HISTORICO: O(A) comunicante compareceu a esta DP, munida de documento medico Hospitalar, para registrar que na data, hora e local acima descrito, sofreu um acidente de transito, quando trafegava a pé no Bairro Mutirão, Sousa-PB e nisto foi atropelada por uma Moto; Que, no momento do atropelamento perdeu os sentidos, não sabendo dados do veiculo atropelador e nem do condutor da Moto; Que, foi socorrida por terceiros para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu atendimento medico; Que, não teve despesas Hospitalar.

Autoridade Policial: Carlos Jose Seabra de Melo.

Providencias Adotada: Lavratura do BO.

Comunicante (vitima): Marly Virginio de Sousa

OSMARINO SOUZA MUNIZ
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
MAT 003736-1



01





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PATOS/PB
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SOUSA/PB
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SANTA CRUZ/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 367/2016

Versando Sobre: *Acidente de Trânsito.*

Data do Fato: 11.11.2016, por volta das 18:h,00:min.

Local do Ocorrido: Bairro Mutirão, Sousa-PB.

Data que a Delegacia Tomou Conhecimento: 27.12.2016.

O(A) Comunicante MARLY VIRGINIO DE SOUSA, brasileira, casada, aposentada, com 58 anos de idade, filha de Francisca Virginio e de pai não declarado, Portadora do RG nº 2906238/SSP/PB, CPF nº prejudicado, residente na Rua Feliciano Guimaraes, nº 104, Jardim Brasília, Sousa-PB.

VITIMA: O Comunicante.

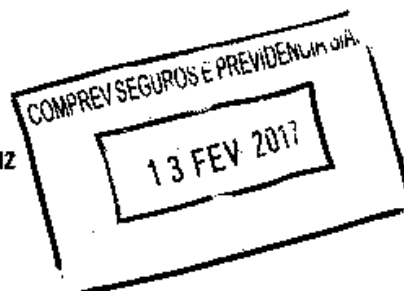
HISTORICO: O(A) comunicante compareceu a esta DP, munida de documento medico Hospitalar, para registrar que na data, hora e local acima descrito, sofreu um acidente de trânsito, quando trafegava a pé no Bairro Mutirão, Sousa-PB e nisto foi atropelada por uma Moto; Que, no momento do atropelamento perdeu os sentidos, não sabendo dados do veiculo atropelador e nem do condutor da Moto; Que, foi socorrida por terceiros para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu atendimento medico; Que, não teve despesas Hospitalar.

Autoridade Policial: Carlos Jose Seabra de Melo.

Providencias Adotada: Lavratura do BO.

Comunicante (vitima): Marly Virginio de Sousa

OSMARINO DOUTO MUNIZ
ESCRIVÃO DE BOB
1257 30 0920-1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Mardy Virgíneo de Sousa, portador da carteira de identidade nº 29.06.838 e inscrito no CPF/MF sob o nº 048.853.816-20 residente e domiciliado na Rua: Tel. Otono Queiroz, nº 102, Jardim Brasília Cidade Solano Estado Pernambuco declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

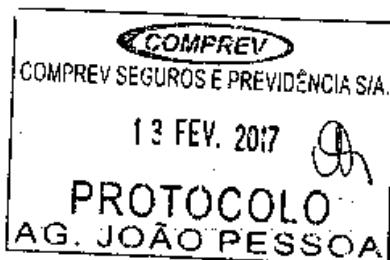


Mardy Virgíneo de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 04 de dezembro de 2016

Local e data



03



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francely Virgínia de Sousa, portador da carteira de identidade nº 2906838 e inscrito no CPF/MF sob o nº 048.853.214-20 residente e domiciliado na Rua: Fátima Queiroz, nº 102, Jardim Brasília Cidade José Estado Pernambuco declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

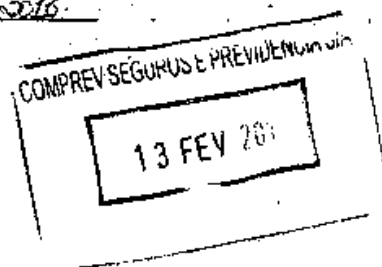
DOCUMENTO 3 "T3"



Francely Virgínia de Sousa

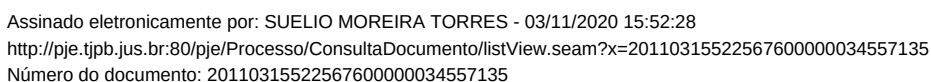
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

José
Local e data





CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:
 NATUREZA DA CONSULTA
 CONSULTA BÁSICA (PAB) _____
 CONSULTA ESPECIALIZADA _____
 PROCEDIMENTO
 01. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG
 02. PRIMEIRA CONSULTA (ELETIVA)
 03. CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETIVA)
 04. ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EMERGENCIA COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE
 05. VACINACÃO DE ROTINA
 06. VACINACÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES)
 07. VACINACÃO DE CAMPANHA
 08. PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE
 09. CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERENCIA PARA OUTRA UNIDADE
 MEDICAÇÃO
 01. PRESCRITO ☐ SERVAÇÃO ☐ POTENCIA INTERNA ☐
 02. APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ OUTRO ☐
 SERVIÇOS REALIZADOS:
 CÓDIGO PROCEDIMENTO CBO
 01. 02. 03. 04. 05. 06. 07. 08. 09. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 77



DOCUMENTO 2 12%



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

CÓDIGO DA UNIDADE: 261978-01-001

NOME: HOSPITAL DEPARTAMENTO DE SAÚDE DE ABRANTES

ENDEREÇO: RUA JOSÉ FAUSTO DE LIMA N.º 433 CEP: 58.802-180

MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAÍBA/PB

PACIENTE: Maria Aparecida de Souza

SUS: IDADE: 57 SEXO: F RAÇA: O3

DATA NASC: 21/10/53 PROFISSÃO: Dto. da

ENDEREÇO: R. Silva Município: Sousa

BARRO: R. Silva Município: Sousa

ESTADO: PB CEP: 58.802-180

DATA DO ATENDIMENTO: 11/11/2017 COD. MUNICÍPIO: 261200

CONTATO () Mse

Acompanhante:

ADMISSÃO DE EXAME FÍSICO-SUMÁRIO:

EXAMES REALIZADOS (na unidade):

21/11/2017 / 13/11/2017

RESULTADOS

1. Exame físico: normal

2. Exame de urina: normal

3. Exame de sangue: normal

4. Exame de fezes: normal

5. Exame de imagem: normal

6. Exame de laboratório: normal

7. Exame de imagem: normal

8. Exame de laboratório: normal

9. Exame de imagem: normal

10. Exame de laboratório: normal

11. Exame de imagem: normal

12. Exame de laboratório: normal

13. Exame de imagem: normal

14. Exame de laboratório: normal

15. Exame de imagem: normal

16. Exame de laboratório: normal

17. Exame de imagem: normal

18. Exame de laboratório: normal

19. Exame de imagem: normal

20. Exame de laboratório: normal

21. Exame de imagem: normal

22. Exame de laboratório: normal

23. Exame de imagem: normal

24. Exame de laboratório: normal

25. Exame de imagem: normal

26. Exame de laboratório: normal

27. Exame de imagem: normal

28. Exame de laboratório: normal

29. Exame de imagem: normal

30. Exame de laboratório: normal

31. Exame de imagem: normal

32. Exame de laboratório: normal

33. Exame de imagem: normal

34. Exame de laboratório: normal

35. Exame de imagem: normal

36. Exame de laboratório: normal

37. Exame de imagem: normal

38. Exame de laboratório: normal

39. Exame de imagem: normal

40. Exame de laboratório: normal

41. Exame de imagem: normal

42. Exame de laboratório: normal

43. Exame de imagem: normal

44. Exame de laboratório: normal

45. Exame de imagem: normal

46. Exame de laboratório: normal

47. Exame de imagem: normal

48. Exame de laboratório: normal

49. Exame de imagem: normal

50. Exame de laboratório: normal

51. Exame de imagem: normal

52. Exame de laboratório: normal

53. Exame de imagem: normal

54. Exame de laboratório: normal

55. Exame de imagem: normal

56. Exame de laboratório: normal

57. Exame de imagem: normal

58. Exame de laboratório: normal

59. Exame de imagem: normal

60. Exame de laboratório: normal

61. Exame de imagem: normal

62. Exame de laboratório: normal

63. Exame de imagem: normal

64. Exame de laboratório: normal

65. Exame de imagem: normal

66. Exame de laboratório: normal

67. Exame de imagem: normal

68. Exame de laboratório: normal

69. Exame de imagem: normal

70. Exame de laboratório: normal

71. Exame de imagem: normal

72. Exame de laboratório: normal

73. Exame de imagem: normal

74. Exame de laboratório: normal

75. Exame de imagem: normal

76. Exame de laboratório: normal

77. Exame de imagem: normal

78. Exame de laboratório: normal

79. Exame de imagem: normal

80. Exame de laboratório: normal

81. Exame de imagem: normal

82. Exame de laboratório: normal

83. Exame de imagem: normal

84. Exame de laboratório: normal

85. Exame de imagem: normal

86. Exame de laboratório: normal

87. Exame de imagem: normal

88. Exame de laboratório: normal

89. Exame de imagem: normal

90. Exame de laboratório: normal

91. Exame de imagem: normal

92. Exame de laboratório: normal

93. Exame de imagem: normal

94. Exame de laboratório: normal

95. Exame de imagem: normal

96. Exame de laboratório: normal

97. Exame de imagem: normal

98. Exame de laboratório: normal

99. Exame de imagem: normal

100. Exame de laboratório: normal

CAPACITAZÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (BBS)

CONSULTA ESPECIALIZADA

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

- 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA
- 02- PRIMEIRA CONSULTA (ELETIVA)
- 03- CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETIVA)
- 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EMERGENCIA COM REFERENCIAL
- 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
- 06- VACINAÇÃO DE ELETIVA (SUATO OU SITUAÇÕES PARTICULARES)
- 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA
- 08- PRÉ-EXAME CONSULTA ANUAL COM REFERENCIAL PARA OUTRA UNIDADE
- 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERENCIAL PARA OUTRA UNIDADE

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- 01- PRESCRITO (SERVIÇO) ☐ IDÉNCIA INTERNO ☐
- 02- APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ OUTROS ☐

CÓDIGO PROCEDIMENTO

IDADE

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----|

Frequência

Cidade

Estado

Município

CEP

Ass. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE EM RES. ONC. VITAL

Ass. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE EM RES. ONC. VITAL

Ass. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE EM RES. ONC. VITAL

Ass. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE EM RES. ONC. VITAL

Ass. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE EM RES. ONC. VITAL



Ato declaratório



Comprovação de ato declaratório



Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192

Sousa, 28 de março de 2017

Ao Sr.(a)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 21 de março de 2017 passa a informar o que seque:

Nº da ocorrência: 0020

Vítima: Marli Virgínio de Sousa

Sexo: Feminino

Data: 11/11/2016

Local da Ocorrência: Rua Clotário de Paiva Gadelha

Médico Intervencionista: Dr. Rustenes

Viatura: ***

Condutor: Itamar

Téc. Enfermagem: Ricele

Enfermeira: Daniela



Natureza da Ocorrência: Acionada para atropelamento, paciente consciente porém desorientada, paciente com quadro sangramento parietal corte pequeno, AVP, imobilizado encaminhado ao H.R.S..


Suelio Alves da Silva
Coordenador



Suelio Alves da Silva
Coordenador Geral
SAMU SOUSA-PB.
739.000.604-87



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARLY VIRGINIO DE SOUSA

BANCO: 237

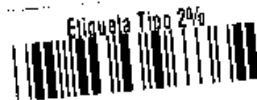
AGÊNCIA: 01594-6

CONTA: 000001009270-1

Nr. Autenticação

BRADESCO2811201705000000000023701594000001009270135000 PAGO





DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Suelio Moreira Torres, portador(a) do
RG nº 2526736, expedido por SSP/PB, em
04 / 07 / 2016, CPF/CNPJ nº 031.390.184-61,
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) maria
Leigimais de Sousa do sinistro de DPVAT da natureza circulatório
da vítima maria leigimais de Sousa, e conforme
determinação da Circular SUSEP nº 445/12 declaro as informações solicitadas:

Profissão: advogado Renda Mensal: R\$ crusou

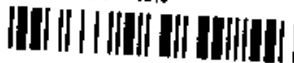
Documentos comprobatórios: não possui

Suelio Moreira Torres
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



33



**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Suelio Moreira Torres, portador(a) do

RG nº 2526736, expedido por SSP/PB, em

04/07/2014, CPF/CNPJ nº 031.390.154-61,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) maria

Leirneia da Rosa do sinistro de DPVAT da natureza circulada

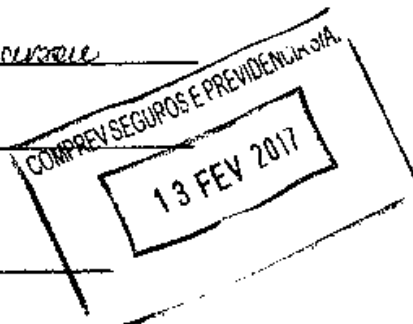
da vítima maria leirneia da rosa, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: procurador Renda Mensal: R\$ procurador

Documentos comprobatórios: não possui

Suelio Moreira Torres
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Relatório Médico

Paciente **Marly Virginio de Sousa**, 58 anos, vítima de atropelamento com moto (colisão moto x pedestre) no município de Sousa- PB no dia 11/11/2016 com BO de número 367/2016.

Apresentava, em decorrência do acidente, trauma torácico, luxação em tornozelo direito, trauma na região frontal do crânio (TCE moderado) e escoriações pelo o corpo.

Foi submetida a imobilização no tornozelo direito com uso de faixa de compressão por um período de 60 dias e tratamento conservador para o trauma torácico e TCE com uso de anti-inflamatório, analgésico e repouso. A mesma recebeu alta definitiva em 11/01/2017.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Tórax apresenta diminuição da capacidade de expansão torácica durante a inspiração e dor local crônica. A mesma relata presença de episódios de dor ao tossir.

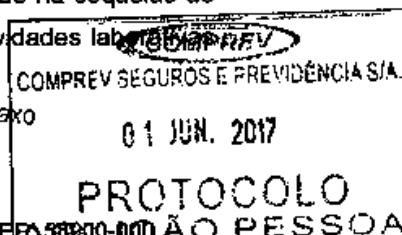
Tornozelo direito apresenta edema residual importante, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão, diminuição de força muscular dos movimentos de flexão e extensão e parestesia. Paciente deambula em marcha claudicante.

Região frontal do crânio apresenta dor a palpação.

A mesma relata presença de episódios de cefaleia com grande intensidade, vertigens frequentes, distúrbios do sono, distúrbios da memória remota e recente e parestesia.

Do exposto, concluo que há limitação em 50% da capacidade funcional do tórax, que há limitação em 60% da capacidade funcional do tornozelo direito e que há sequelas de TCE, considero comprometimento funcional temporário para as atividades laborais e/ou da vida diária.

Dr. Rodolfo G. Cartaxo
Médico
CREMEC-13.144
CRM-RB 6446



LABCLIN - Cajazeiras - PB - Rua: Odilon Cavalcante, 78 - Centro-CEP 58900-000
Fone: (83) 3531-4469



Relatório Médico

Paciente: Mary Virginia da Sousa, 58 anos, vítima de acidente de trânsito com moto/carro (moto x pedestre) no município de Sousa - PB no dia 14/11/2018 com BO de número 3872018

Apresentava, em decorrência do acidente, trauma torácico (luxação no tornozelo direito), trauma na região frontal do crânio (TCE moderado) e escoriações pelo o corpo.

For submetida a imobilização no tornozelo direito com uso de tala de compressão por um período de 60 dias a tratamento conservador para o trauma torácico e TCE com uso de analgesia, antibioticoprofilaxia, e repouso. A mesma recebeu alta definitiva em 14/01/2019.

Atestado

Oportuna para o tratamento do corpo.

Torax apresenta diminuição da capacidade de expansão torácica direita e insuflação do local torácico, mesmo com uso de tala de compressão.

Torção do crânio com fratura de linha de fratura, com deslocamento da linha de fratura para a direita. O diagnóstico é de fratura de linha de fratura com deslocamento da linha de fratura para a direita. O diagnóstico é de fratura de linha de fratura com deslocamento da linha de fratura para a direita.

Região frontal do crânio apresenta dor a palpação.

A mesma relata presença de episódios de náuseas com grande intensidade, vertigens, tonturas, distúrbios de sono, distúrbios da memória recente e recente e parietal.

Do exposto conclui-se que há limitação da capacidade funcional torácica direita, com limitação da capacidade funcional torácica direita, com limitação da capacidade funcional torácica direita.

TCE, considero conservadoramente funcional, tratamento para os traumas torácicos e fratura de linha de fratura.

14/11/2018

3872018

LACLIN - Catanzaro - PB - Rua Odilon Cavalcante, 78 - Contato: CBR/38200-100 3521-4483
Fone: (83) 3521-4483



Cajazeiras, 19.05.2017

Dr. Rodolfo G. Cartaxo

Médico

CREMEC-13.144

CRM-PB 8446

Rodolfo Gonçalves Cartaxo

CRM: 8446 - PB

LABCLIN - Cajazeiras - PB - Rua: Odilon Cavalcante, 78 - Centro-CEP: 58900-000

Fone: (83) 3531-4469



6

DOCUMENTO 5 "TSW"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CPF: 048.813.214-20

Nome: FRANCISCO VIRGINIO DE SOUSA

Assinatura: [assinatura]

Carimbo: [carimbo]

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

048.813.214-20

Nome: FRANCISCO VIRGINIO DE SOUSA

12/10/1959

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO: 9.9.06.238

Nome: FRANCISCO VIRGINIO DE SOUSA

CPF: 048.813.214-20

Naturalidade: SOUSA-PB

Data de Nascimento: 12.10.1959

Doc. Original: Cert. Civil. 11.693. Fls. 294.

Assinatura: [assinatura]

Carimbo: [carimbo]

LOGO CORREIOS

Cartão de identificação de um cidadão brasileiro para uso em serviços de correios e telecomunicações.

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

13 FEV. 2017

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

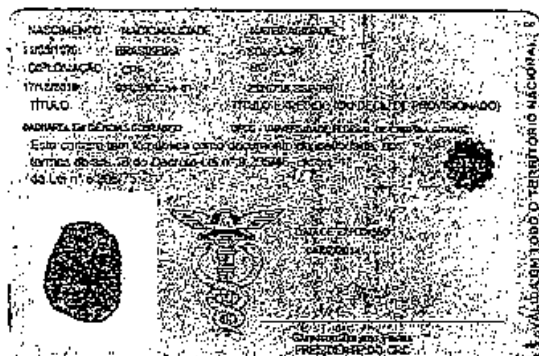
05



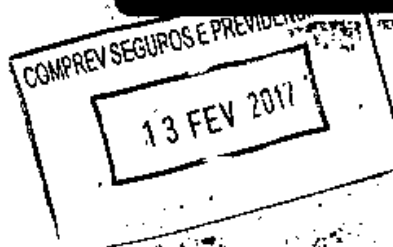
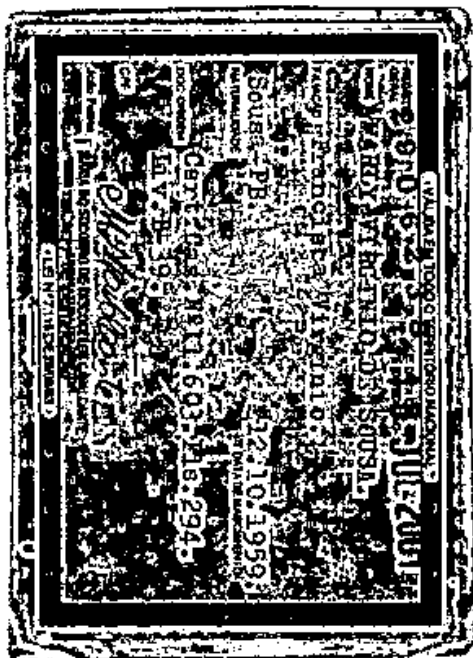
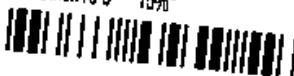
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 15:52:28

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110315522567600000034557135>

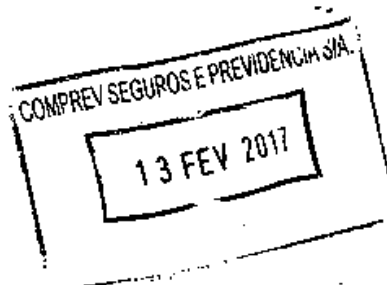
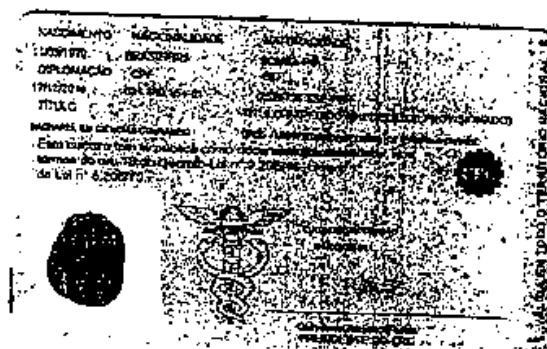
Número do documento: 20110315522567600000034557135



DOCUMENTO 5 *7596*

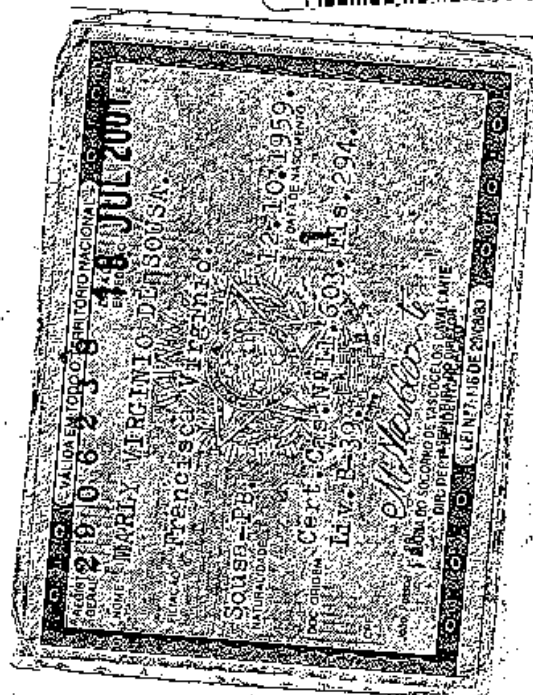


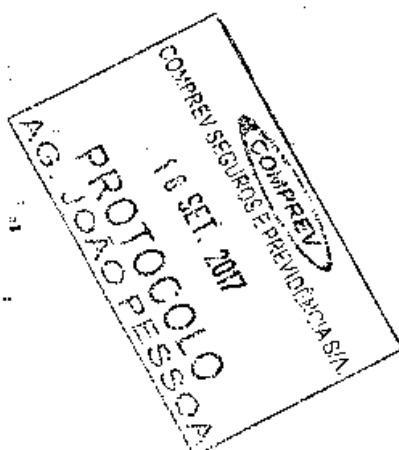
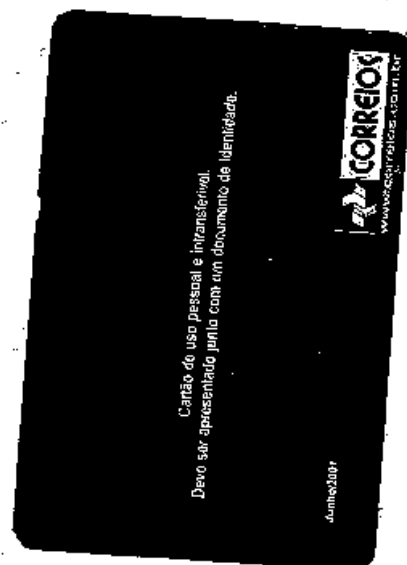
DOCUMENTO 3 "T396"





Documentos de identificação





Documentos de identificação



| | | |
|------------------------|--------------------------------------|--------------------|
| RECEBIMOS DE | DATA DE EMISSÃO | 26/04/2010 |
| 2.526.736 - 2 VI | | |
| NOME | WILHELMBERG ANDRADE FORNIGA | |
| FLUXO | JOAQUIM ISIDRO FORNIGA | |
| NATURALIDADE | MARIA ANDRADE FORNIGA | |
| SOUSA - PR | CASAM N. 14812, FLS. 012, LIV. B. 85 | DATA DE NASCIMENTO |
| 000 00000 | CARTORIO SOUSA - PR | 11/05/19 |
| CPF | 031.390.134-61 | |
| ASSINATURA DO DETENTOR | | |
| LEIN 7.116 DE 2005/23 | | |

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 16 OUT. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

| | | | | |
|---|-------------------|---|------------------------------------|-------------------------------|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | ESTADO DA PARAIBA | SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA ORDEM SOCIAL | INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO | DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO |
| FOTO | | FIM | | |
| Assinatura: <i>W. S. B. Andrade Forniga</i> | | CARTEIRA DE IDENTIDADE | | |



Documentos de identificação



DATA DE EMISSÃO: 26/04/2010
 REGISTRO: 2.526.736 - 2 VI
 NOME: WILHEMBERG ANDRADE FORNIGA
 FLUXO: JOAQUIM ISIDRO FORNIGA
 NATURALIDADE: MARIA ANDRADE FORNIGA
 DATA DE NASCIMENTO: 11/05/1965
 SOUSA - PE CASAM N. 14812, FLIS. 012, LIV. B. 85
 COTRATADO: CARTORIO SOUSA - PE
 CPF: 031.390.134-611
 ASSINATURA DO DETENTOR: [Assinatura]
 LEI N. 7.169 DE 20/05/2003

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 16 OUT. 2017
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA ORDEM PÚBLICA
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
 P-121
 [Fotografia] [Impressão digital]
 [Assinatura]
 CARTEIRA DE IDENTIDADE



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARLY VIRGINIO DE SOUSA** Sinistro: **3170328260** Data: **11/11/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA FELICIANO GUIMARAES, 104 - JARDIM BRASILIA - Sousa - PB - CEP 58800-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2906238**

Data local do exame: [**10/11/2017**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO. APRESENTAVA QUADRO DE CEFALIA CRÔNICA, QUADRO DE VERTIGEM, TONTURA E PERDA DE MEMÓRIA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 11/11/2016 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO. CHEGOU AO HOSPITAL APRESENTANDO ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E FERIMENTO CORTO CONTUSO EM COURO CABELUDO. FOI SUBMETIDA A LIMPEZA E SUTURA DE FERIMENTOS EM COURO CABELUDO E PERMANECU POR 24 HORAS EM OBSERVAÇÃO, APÓS ESTE PERÍODO FOI DADA ALTA HOSPITALAR. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

CEFALEIA CRÔNICA QUADRO DE VERTIGEM TONTURA PERDA DE MEMÓRIA

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

Região Corporal (Sequela):
TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Tiago Martins Formiga

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170328260 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARLY VIRGINIO DE SOUSA **Data do acidente:** 11/11/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO

Descrição do exame médico pericial: APRESENTAVA QUADRO DE CEFALÉIA CRÔNICA, QUADRO DE VERTIGEM, TONTURA E PERDA DE MEMÓRIA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 11/11/2016 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO. CHEGOU AO HOSPITAL APRESENTANDO ALTERAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA E FERIMENTO CORTO CONTUSO EM COURO CABELUDO. FOI SUBMETIDA A LIMPEZA E SUTURA DE FERIMENTOS EM COURO CABELUDO E PERMANECER POR 24 HORAS EM OBSERVAÇÃO, APÓS ESTE PERÍODO FOI DADA ALTA HOSPITALAR. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA.

Sequelas permanentes: Cranio-facial em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 10/11/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual da função neurológica devido à tontura e deficit de memória. Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 |
|--|--|--|-----------|-----------------------|
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital | 100 % | Em grau residual - 10 % | 10% | R\$ 1.350,00 |
| Total | | | 10 % | R\$ 1.350,00 |



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170328260 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARLY VIRGINIO DE SOUSA **Data do acidente:** 11/11/2016 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/10/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insusceptíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente

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 |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

