



Número: **0838671-18.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/07/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37943944	16/12/2020 19:32	<a href="#">Petição</a>	Petição
37943945	16/12/2020 19:32	<a href="#">2661619_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
37943946	16/12/2020 19:32	<a href="#">2661619_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, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190292787

Vítima: SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

Data do Acidente: 03/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

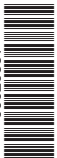
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14238368

Pag. 00673/00674 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020337





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, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190292787

Vítima: SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

Data do Acidente: 03/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00555/00556 - carta\_02 - INVALIDEZ

00060278



Carta nº 14261979





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, 22 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190292787**

**Vítima: SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS**

**Data do Acidente: 03/09/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS**

Informamos que o pagamento da indenização o 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 cotovelos  
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: **SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS**

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

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **00000137671-7**

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. 01269/01270 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020635



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: **0140098/19** CPF da vítima: **727.243.154-72** Nome completo da vítima: **Severina, Izabela da Costa Santos**

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

Nome completo: **Severina, Izabela da Costa Santos** CPF: **727.243.154-72**

Profissão: **Aposentada** Endereço: **1º de Maio** Número: **237** Complemento:

Bairro: **Popular** Cidade: **Santa Rita** Estado: **PA** CEP: **58301-315**

E-mail:  Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**RENDA MENSAL:**

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA**

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (foros os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: **1914** CONTA: **1376731** AGÊNCIA:  CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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

**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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/19, art. 8º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos:  Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e data, **Jacaré, Pernambuco 25/04/2019**

Nome:  CPF:

**(\*) Assinatura de quem assina A ROGO**

**Severina, Izabela da Costa Santos**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:  CPF:

2ª Nome:  CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura, NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

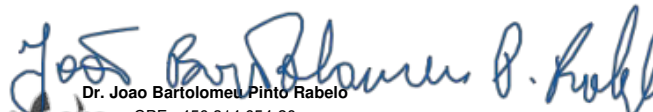
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190292787  
Nome do(a) Examinado(a): Severina Luzia da Costa Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Primeiro de Maio, 277  
Popular Santa Rita PB CEP: 58301-175  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 3265891  
Data local do acidente: [ 03/09/2018 ]  
Data local do exame: [ 10/05/2019 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO DA FRATURA-LUXAÇÃO E RESSECÇÃO DE FRAGMENTOS DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO. FEZ FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**  
**Data da Alta: 28/12/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO COTOVELO ESQUERDO.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO COTOVELO ESQUERDO.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo 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 (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem sequela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>COTOVELO - Lado Esquerdo</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p>                                       | <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo**  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 616/2017

Aos DEZ dias do mês de OUTUBRO do ano de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SANTA RITA, estado da PARAÍBA, e na 5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL, sob a responsabilidade da Autoridade Policial o (a) Bel. (a) TEVERALDO BARBOSA DE MEDEIROS FILHO, Delegado(a) de Polícia Civil, aí, por volta das 09HSh40min, compareceu:

**SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS, brasileira, natural de São Miguel do Itaipu/PB, casada, nascida em 24 FEV 1950, filha de Manoel Elpidio da Costa, RG3.165.891-SSP/PB, do lar e residente na Rua 1º. Maio na casa 277 no Bairro Popular desta Cidade, fone 98805-0631, no final assinada, Costa e de Luzia Maria da Conceição,**

CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTARÁ SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O SEGUINTE REGISTRO:

*Informa que na data de três de setembro do corrente ano, por volta das dez horas, na Rua Senador Américo no Centro desta Cidade, a mesma foi atropelada por uma moto de dados e condutor não identificados e, em consequência deste fato a mesma foi socorrida para Hospital de Emergência e Traumas em João Pessoa e de lá, foi transferida para o Trauminha em Mangabeira onde ficou internada durante vinte e um dias e, apresentando CID 10 S 52.0, esclarecendo a mesma que o causador do atropelamento de que foi vítima, não lhe prestou os devidos socorros e, pelo exposto pede as providências.*

Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou Fé.

Santa Rita/PB, 10 de outubro de 2018.



*Severina Luzia da Costa Santos*

Noticiante

*Jose Carlos Araújo*  
M. P. 123456789

Rua Francisco Gomes de Azevedo, nº. 106, Centro, Santa Rita/PB  
Telefone (83) 3229-8391





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: **0140098/19** CPF da vítima: **727 243 154 72** Nome completo da vítima: **Severina Raizis de Costa Santos**  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: **Severina Raizis de Costa Santos** CPF: **727 243 154 72**  
Profissão: **Assistente Social** Endereço: **Av. de Maio** Número: **237** Complemento:   
Bairro: **Itapubem** Cidade: **Santa Rita** Estado: **RS** CEP: **91301-375**  
E-mail:  Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL: ☐ RECURSO INFORMAT ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: **1914**

(Informar o dígito se existir)

CONTA: **1316731**

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

## 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 LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 contestar o caso discordo do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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.

Local e Data: **Jacui, 25/04/2019**  
Nome: **Suelio Moreira Torres**  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1105810



### Identificação do paciente

ID 1022519	Nome <b>SEVERINA LUIZA DA COSTA SANTOS</b>	Estado civil	Religião	Sexo Feminino
Data de nascimento 24/02/1950	Idade 68 anos 6 meses 10 dias			Prontuário
Mãe <b>LUZIA MARIA DA CONCEICAO</b>			Paí <b>MANOEL ELPIDIO DA COSTA</b>	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) <b>BRUNA DA COSTA - FILHO(A)</b>	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 998050531		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3255891		Nº Cns 700208466817223	
Local de procedência SANTA RITA			Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Email	Naturalidade SAO MIGUEL DE TAIPU		CBOR	

### Endereço

CEP 58301175	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro PRIMEIRO DE MAIO
Número 277	Complemento		Bairro POPULAR

### Admissão

Data e Hora 03/09/2018 11:25:25	Número da pulseira <b>1000006276446</b>	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	

### Caráter de atendimento

Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE
--	--

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
----	-------	-------------

### Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Perdas clínicas  
Paciente chegou ao hospital por transporte  
em ambulância com trauma no  
abdômen e membros inferiores.  
Diagnóstico de lesão G.

Diagnóstico

Atendido por  
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

Imprimir



03/09/2018 11:35



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000137671-7

---

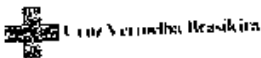
---

Nr. da Autenticação 584B30C1D6530BAC





1110



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332146700

Boletim de Atendimento: 1105810



**Identificação do paciente**

IO 1322519	Nome SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS	Estado civil	Religião	Sexo Feminino
Data de nascimento 24/02/1950	Idade 68 anos 8 meses 10 dias			Prontuário
Mãe LUZIA MARIA DA CONCEICAO			Pai MANOEL ELPIDIO DA COSTA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) BRUNA DA COSTA - FILHO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 989060631		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3268891		Nº Cna 700208466817223	
Local de procedência SANTA RITA			Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade SAO MIGUEL DE TAIPU		CBO/R	

**Endereço**

CEP 68301178	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro PRIMEIRO DE MAIO
Número 277	Complemento		Bairro POPULAR

**Admissão**

Data e Hora 03/09/2018 11:25:25	Número da pulseira 1000006276446	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	

**Caráter de atendimento**

Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE
--	--

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

**Sinais Vitais**

PA	Pulso	Temperatura
----	-------	-------------

**Exames complementares**

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

**Dados clínicos**

Doença aguda de início súbito por atropelamento  
sem lesões externas aparentes  
diagnóstico de infarto agudo do miocárdio

**Diagnóstico**

Atendido por  
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

Imprimir



Wendy Carla G. Andrade  
COREN-PB 424.081-EMF

03/09/2018 11:25



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISTO BURATY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 160115 Atd: Nao Regulado  
Data: 03/09/2018  
Hora: 17:25:47  
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODRIGUE  
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.09.000350

CNS: 700208466817223 Sexo: F IDENTIDADE: 3265891 Fone: 988050631

Natural: SAO MIGUEL DE TAIPU/PB Data Nasc.: 24/02/1950 Id: 68 ano(s)

End.: RUA PRIMEIRO DE MAIO, 277

Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF: PB

Mae: LUZIA MARIA DA CONCEICAO

Pai: MANOEL ELPIDIO DA COSTA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: APOSENTADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FILHA- BRUNA

Tel./Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residência: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: AVALIACAO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Q. x Principal

TUACAO

Paciente transferida do Hosp. de Trauma

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

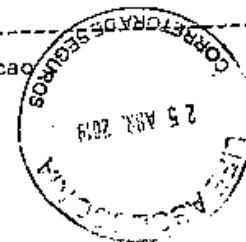
Diagnostico

Conduta

R1

Prescrição

Horario da medicacao





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 68 ANOS	SEXO F	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF. 19	LEITO 167
DATA DE ADMISSÃO 03-09-2018		DATA DE ALTA 22-09-2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura da Cabeça do Rádio</i>				CID <i>S52.0</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de cotovelo demonstrando solução de continuidade óssea da cabeça do rádio</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura da ulna foi submetido(a) a tratamento CIRÚRGICO COM RESSECÇÃO DE FRAGMENTO OSSEO POIS FRAG OSSEO INTEGRÓ É MAIOR DO QUE 50 % DE ESTRUTURA ARTICULAR. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

**REPOUSO:** Relativo em casa por 15 dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** AINE e Analgésico

**RETORNO:** Ao posto de saúde em 21 dias.  
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão Dr. ALEXANDRE NISHIMI

ALTA HOSPITALAR ORIENTADO POR DR ROBERTO ALMEIDA.

20/04/2018  
DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M







Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente <b>SEVERINA LUIZA DA COSTA SANTOS</b>	BAE <b>1105810</b>	Data/Hora Entrada <b>03/09/2018 11:25:25</b>	Data Baixa <b>2018-09-03 15:15:51.0</b>
Data de nascimento <b>24/02/1950</b>	Idade <b>68a 6m 10d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>700208466817223</b>
Mãe <b>LUIZA MARIA DA CONCEICAO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 968050631</b>
Endereço <b>PRIMEIRO DE MAIO, 277</b>	Bairro <b>POPULAR</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA</b>	Nº Cons. Regional <b>8637/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>03/09/2018 11:25:25</b>		Data/Hora Prescrição <b>03/09/2018 15:15:52</b>	

## Anamnese

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUI COM DOR E DEFORMIDADE NO COTOVELO ESQUERDO  
RADIOGRAFIA: EVIDENCIA FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO

CONDUTA:

- 1- REDUÇÃO INCRUENTA DO COTOVELO
- 2- OBSERVADO FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ( ENCAMINHADO AO TRAUMINHA )

## CID10

Código	Descrição
S52.1	Fratura da extremidade superior do rádio

## Conduta

Alta com encaminhamento externo

## Alta Hospitalar

Usuário <b>LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA</b>	Data e Hora <b>03/09/2018 15:15:51</b>
Motivo de Alta <b>ALTA HOSPITALAR</b>	Observações <b>#ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUI COM DOR E DEFORMIDADE NO COTOVELO ESQUERDO RADIOGRAFIA: EVIDENCIA FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO CONDUTA: 1- REDUÇÃO INCRUENTA DO COTOVELO 2- OBSERVADO FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ( ENCAMINHADO AO TRAUMINHA )</b>

SEVERINA LUIZA DA COSTA SANTOS

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA  
(: 8637/PB)

Boletim registrado por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO em 03/09/2018 11:26:24



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>SEVERINA LUIZA DA COSTA SANTOS</b>	BAE <b>1105810</b>	Data/Hora Entrada <b>03/09/2018 11:25:25</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>24/02/1950</b>	Idade <b>68a 6m 10d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>700208486e17223</b>
Mãe <b>LUZIA MARIA DA CONCEICAO</b>			Telefone de Contato <b>(83) 988050531</b>
Endereço <b>PRIMEIRO DE MAIO, 277</b>	Bairro <b>POPULAR</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA</b>	Nº Cons. Regional <b>8252/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>03/09/2018 11:25:25</b>		Data/Hora Prescrição <b>03/09/2018 13:57:52</b>	

**Anamnese**

ortopedia

pct vítima de atropelamento por moto com trauma no msc.

Nega lce ou perda de consciência

refere dor na reg. do cotovelo esquerdo

ex. fis.: B&amp;G, consciente e orientada

MSE: edema 1+/4+ com deformidade no cotovelo esquerdo. dor a palpação. sem alterações neurovasculares. Sem sinais de tvp ou compartimental

RX: luxação cotovelo com fratura da cabeça do rádio

CD: redução incruenta + rx de controle

**MEDICAÇÃO**

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

**EXAME DE IMAGEM**

RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

**PROCEDIMENTO**

TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: MSE)

**Conduta**

Em observação

SEVERINA LUIZA DA COSTA SANTOS

Dr. Tiberio Vanomark  
Ortopedia / Cirurgia da Mão  
CRM-PB 2252 / TEST 14849TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA  
(CRM: 8252/PB)

Boletim registrado por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO em 03/09/2018 11:26:24



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

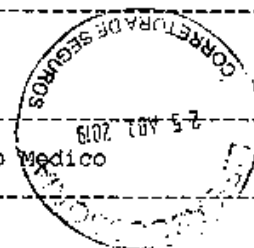
PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI  
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- ① Paciente em DDH sob efeito analgésico
- ② Injeção, antiseptia + cobertura de campos estéril
- ③ Pansagem de garfo.

### Incisão: ④ Incisão U de Kocher

⑤ Dissecção por planos.

⑥ Visualização do fratura cabeça rádio ulnar 1 ponto. / com reabsorção parcial

### Achados:

⑦ Como fragmento localiza-se na região ulnar (invariavelmente a articular); optado por unificação dos fragmentos pois fragmento inferior menor U que 50% + estável a U flexo-extensão e pronosupinatórios.

### Conduta:

⑧ Remoção complexo labral.

⑨ Limpeza - litrado grande.

⑩ Hemostasia.

⑪ Preenchimento por pontos.

⑫ Curativo limpo.

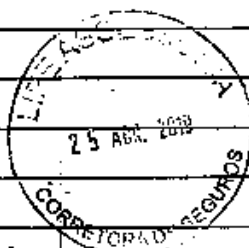
⑬ Tala Axilopalm.

⑭ A RPA.

Dr. Alexandre Mishkin  
 Cirurgião de Ombro e Cotovelo  
 CRM-PR 10.730.1501-13867

### Fechamento:

### OBS:



Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Sereenia Lúcia do Costa Santos Data da Admissão:    /   /     
Prontuário:     Idade:     Enfermaria:     Leito:      
Nome da Mãe:      
Endereço:     Bairro:      
Cidade:     Estado:     Fone:     Profissão:      
Sexo: F ( ) M ( ) Cor:     Estado Civil:     Religião:      
Escolaridade:     Data de Nascimento    /   /   

QPD: Fx - Lx Catarata

HDA: Pto com Pontaria de F - Lx de  
Catarata, encaminhada de HETSP.  
Durante exames de imagem, não houve  
avaliação com nova técnica.  
Realizada nova medição e tratado a  
instabilidade.

Visto na TC fragmentos de grande tamanho  
da Cálcio está + pequenas fragmentos de  
coronário.

Medicações em uso:    

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso     Kg em     ☐ Prurido ☐ Sudorese  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros:    

**Pele:**    

**Cabeça e Pescoço:** ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe  
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição:     Visão:    

**AR e ACV:** ☐ Dor     ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispnéia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema     Outros:    

**ABD:** ☐ Dor     ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ Náuseas  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

**AGU:** ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria  
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras:    

**SME:** ☐ Dor     ☐ Rigidez pós-reposo ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

**SN e PSO:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade ☐ Sensibilidade  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ [ ] HTF

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] 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: \_\_\_\_\_

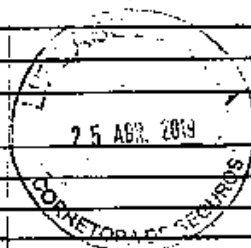
ABD: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Hipóteses Diagnósticas: *Triade Torácica*Conduta: *Tratamento*



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	24/02/50
NOME DA MÃE	LUZIA MARIA DA CONCEIÇÃO

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.105.810
DATA DO ATENDIMENTO	03/09/18
HORA DO ATENDIMENTO	11:25
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ESQUERDO + LUXAÇÃO DE COTOVELO ESQUERDO
CID 10	S52.1 + S53.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de atropelamento(sic), com dor e deformidade no cotovelo esquerdo. Glasgow 15, consciente e orientada. RX evidencia fratura-luxação do cotovelo esquerdo. Realizado redução da luxação. Fratura da cabeça do rádio, encaminhada para o Ortopedia de Mangabeira.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de cotovelo esquerdo.  
RX de punho esquerdo  
RX de braço esquerdo

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de cabeça do rádio esquerdo + luxação de cotovelo esquerdo.

### TRATAMENTO:

Redução da luxação de cotovelo esquerdo. Encaminhada para o Ortopedia de Mangabeira para tratamento da fratura de cabeça do rádio esquerdo.

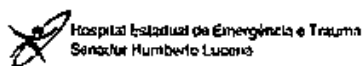
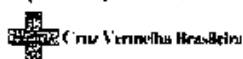
ALTA HOSPITALAR: 03/09/18  
DATA DA EMISSÃO: 12/11/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





**AREA VERMELHA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>SEVERINA LUIZA DA COSTA SANTOS</b>	BAE 1105810	Data/Hora Entrada 03/09/2016 11:25:25	Data Baixa
Data de nascimento 24/02/1950	Idade 66s 6m 10d	Sexo Feminino	CNS 708208466817223
Nome <b>LUZIA MARIA DA CONCEICAO</b>			Telefone de Contato (83) 988050631
Endereço <b>PRIMEIRO DE MAIO, 277</b>			UF PB
Bairro <b>POPULAR</b>		Município <b>SANTA RITA</b>	Nº Cons. Regional 9985/PB
Acidente <b>MOTO X PEDESTRE</b>		Profissional <b>CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR</b>	
Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>		Data/Hora Prescrição 03/09/2016 11:25:25	
Data/Hora Classificação 03/09/2016 11:25:25			
<b>Anamnese</b> PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO MOTO X PEDESTRE. TRAZIDA AO SERVIÇO PELO SAMU. QUEIXANDO DE DOR INTENSA EM MSE. APRESENTA ESCORIAÇÕES NO REFERIDO MEMBRO ALÉM DE ESCORIAÇÕES EM PÉ DIREITO E ESQUERDO. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA. NEGA VÔMITO. NEGA DOR TORÁCICA. NEGA DOR ABDOMINAL. ALERGICA A PARACETAMOL.			
<b>AO EXAME:</b> A: RESPIRANDO EM AR AMBIENTE; REGIÃO CERVICAL SEM QUEIXAS. B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO, TÓRAX INDOLOR, SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES. C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO. ABDOME PLANO, INDOLOR, SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. E: ESCORIAÇÕES EM MSE E AMBOS PÉS.			
<b>CONDUTA:</b> 1) RADIOGRAFIA DO MSE 2) PARECER DA ORTOPEDIA 3) ANALGESIA 4) LIBERADO DA GERAL			
<b>MEDICAÇÃO</b> CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SFO,5%)			
<b>CUIDADOS</b> SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA			
<b>EXAME DE IMAGEM</b> RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA) RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO			
<b>CID10</b>			
Código	Descrição		
V02.1	Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas - acidente de trânsito		
<b>Conduta</b> Em observação			

Dr. Claudino Júnior  
MR Cirurgia Geral  
CRM - PB 9985

SEVERINA LUIZA DA COSTA SANTOS

CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR  
(CRM: 9985/PB)

Boletim registrado por: SANDRA CAROLINA GOMES ABEIRO em 03/09/2016 11:26:24

16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&amp;imprimirDadosAnteriores=N&amp;perform=imprimir&amp;id=378659&amp;pesquisa=S&amp;perform=in... 1/1





## Guia de Encaminhamento Externo

### Dados do paciente

Nome SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS				CNS 700208466817223		Prontuário	
Data de Nascimento 24/02/1950	Idade 68A 6M 10D	Sexo Feminino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe LUZIA MARIA DA CONCEICAO				Nome do Pai MANOEL ELPIDIO DA COSTA			
Endereço PRIMEIRO DE MAIO				Bairro POPULAR		Cep 58301175	
Município SANTA RITA - PB				Telefone Residencial		Telefone Celular (83) 968050631	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNS 2593262		Telefone (83) 32165700	

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N. MANGABEIRA PROSINDI, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares #ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUI COM DOR E DEFORMIDADE NO COTOVELO ESQUERDO RADIOGRAFIA: EVIDENCIA FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO CONDUITA: 1- REDUÇÃO INCRUENTA DO COTOVELO 2- OBSERVADO FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO ( ENCAMINHADO AO TRAUMINHA )		
CID S52.1	Data de encaminhamento 03/09/2018 15:15:51	

Assinatura e carimbo do profissional



58034510



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 03/09/18 13:57

Usuário: TIBERIO

Boletim: 1105810



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS	24/02/1950	68a 6m 10d	FEMININO	1105810		03/09/2018 13:57:52
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito	Validade da Prescrição				
		03/09/2018 13:57:00 - 04/09/2018 13:57:00				
Convenio	Matricula	Senha				
SUS						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	
2 ONDANSETRONA 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		AGORA	

03 de Setembro de 2018

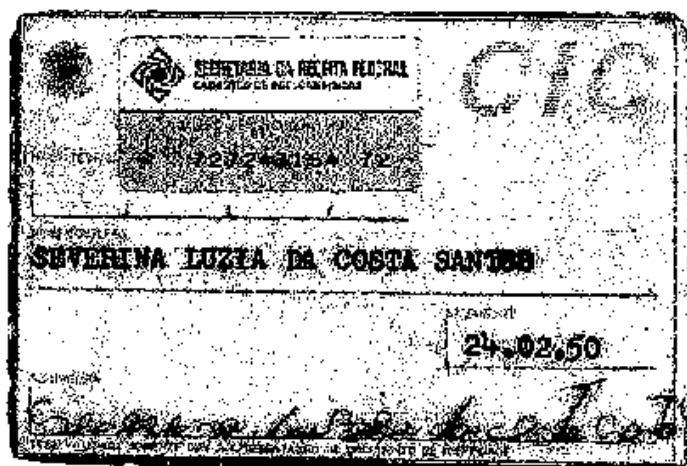
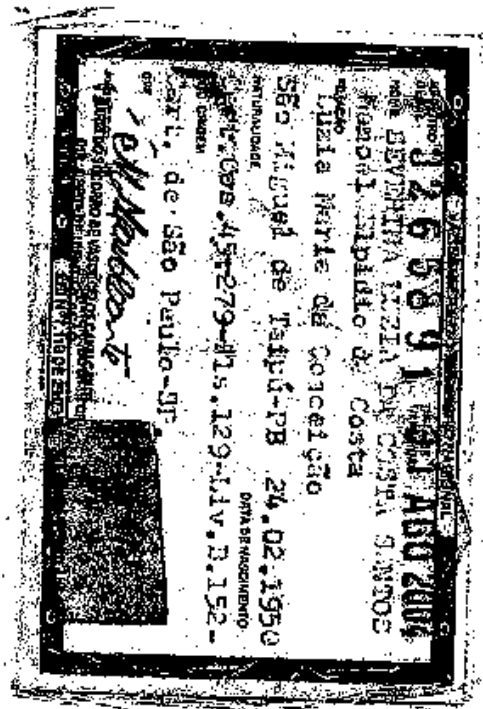
TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA  
CRM: 8252



Assinado eletronicamente  
por Tiberio Vanomark  
CRM: 8252

Assinatura e Carimbo do Profissional





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Severina Louiza de C. S. Santos  
 DATA DO ACIDENTE 23/04/2019 CPF DA VÍTIMA 727.243.154-72  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Lido Hato  
 Nº 277 COMPLEMENTO BAIRRO Populeira  
 CIDADE Santa Rita UF PB CEP 58302-376  
 E-MAIL  TELEFONE ( )

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ NA 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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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 ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO 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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA 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 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO  
 • 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25/04/2019  
 IDENTIDADE 3265891  
 ASSINATURA Suelio Moreira Torres

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 25 ABR. 2019  
 NOME   
 ASSINATURA   
 CORRETORA DE SEGUROS



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190292787 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS **Data do acidente:** 03/09/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO COTOVELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA E RESOLUÇÃO DA LUXAÇÃO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO COTOVELO ESQUERDO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO COTOVELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/05/2019

**Conduta mantida:**

**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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190292787 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS **Data do acidente:** 03/09/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

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

**Data da análise:** 03/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO COTOVELO ESQUERDO COM FRATURA DA CABEÇA DO RÁDIO.

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

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** \* Pág. 01 08 - GRANDE RESSECÇÃO OSSEA // VÍTIMA DE 69 ANOS  
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190292787 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS **Data do acidente:** 03/09/2018 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO COTOVELO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO COTOVELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA E RESOLUÇÃO DA LUXAÇÃO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO COTOVELO ESQUERDO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO COTOVELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 10/05/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### 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 cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50







EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08386711820198152001

**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 **SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

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 ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), 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,

JOAO PESSOA, 15 de dezembro 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 19:32:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121619324096500000036192273>  
Número do documento: 20121619324096500000036192273