



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
37943 944	16/12/2020 19:32	<u>Petição</u>	Petição
37943 945	16/12/2020 19:32	<u>2661619_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
37943 946	16/12/2020 19:32	<u>2661619_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 19:32:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121619323918500000036192271>
Número do documento: 20121619323918500000036192271

Num. 37943944 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, contados 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 n° 14238368



Cap. 00673/00674 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 19:32:40
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121619324049300000036192272>
Número do documento: 2012161932404930000036192272

Nº 37943945 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 19:32:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121619324049300000036192272>
Número do documento: 20121619324049300000036192272

Num. 37943945 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 devolver: $12,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 1.687,50

Recebedor: SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 00000137671-7

Tipo: CONTA POUPANCA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 19:32:40
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012161932404930000036192272>
Número do documento: 2012161922404930000036192272

Num. 37943945 - Pág. 3



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 ASL: 0140098/19	CPF da vítima: 727.243.154-72	Nome completo da vítima: Severina Souza da Costa Gontijo		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Severina Souza da Costa Gontijo				
Profissão: Aprendizada	Endereço: Rua de Meio	Estado: PE	CPF: 727.243.154-72	Número: 237
Bairro: Sítio das Palmeiras	Cidade: Gonçalo	CEP: 58301-315	Complemento: 	E-mail:

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECLUSO 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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA PÔUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos): Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1914 CONTA: 13167-31 <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <input type="checkbox"/> (Informar o dígito se existir) <input type="checkbox"/> (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 final do valor recebido.

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

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 de acidente de trânsito, conforme Lei nº 9.474/96, art. 4º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data de óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (val nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão 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.

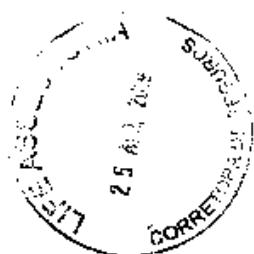
Local e Data: João Pessoa 25/04/2019	TESTEMUNHA: 1º Nome: Aparecida Gontijo CPF: 123.456.789-00
Name: Severina Souza da Costa Gontijo	2º Nome: 25 APR 2019 Assinatura: Assinatura
CPF: 123.456.789-00	Assinatura:

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 SELI ROGUE, 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.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 19:32:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121619324049300000036192272>
Número do documento: 20121619324049300000036192272

Num. 37943945 - Pág. 5

**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

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] João 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 CABECA 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 DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO COTOVELO ESQUERDO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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 (*).

"Vítima em tratamento" "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias
(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):

COTOVELO - Lado Esquerdo

% 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

Região Corporal (Sequela):

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

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


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CRM/PB - 4518

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 19:32:40
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121619324049300000036192272
Número do documento: 20121619324049300000036192272

Num. 37943945 - Pág. 6



GOVERNO DA PARAÍBA



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, SANTA RITA - PB, a responsabilidade da Autoridade Policial o (a) Bel. (a) EVERALDO BARBOSA DE MEDEIROS FILHO, Delegado(a) de Polícia Civil, ai, por volta das 09H50min, compareceu:

SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS, brasileira, natural de São Miguel de 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 motocicleta 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 Gomes de Azevedo
MTPB/CORRETO

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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do Sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
0101098/19	72729315472	Severina da Costa Santos		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:			
Bráulio Aprendizade Tio-padrão	5º Bloco Mário Bento Ribeiro			
E-mail:		Estado:	73	CEP:
				58301-315
				Tel.(DDD):

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$6.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$6.001,00 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 CONTA: 13163-11 +
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 sumariamente, 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 contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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:

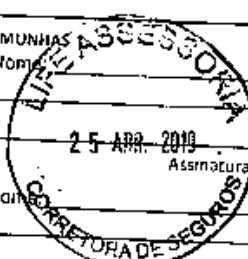
Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou pais/filhos (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/filhos vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquermissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 297 do Código Penal.

Local e Data: Juiz de Fora 25/04/2019
 Nome: _____
 CPF: _____
 X _____

TESTEMUNHAS PODEM ASSINAR
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

25 APR. 2019
 Assinatura



(*) Assinatura de quem assina o RODO
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

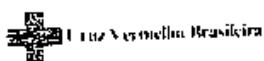
Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 RODO, 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.

110



AV. ORESTES LISBOA, 69 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boleto de Atendimento: 1106810

**Identificação do paciente**

ID 1322519	Nome SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS	Estado civil 1	Religião	Sexo Feminino
Data de nascimento 24/02/1950	Idade 68 anos 6 meses 10 dias			Pronunciado
Mãe LUZIA MARIA DA CONCEICAO				
Escolaridade				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988060531			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3265891			
Local de procedência SANTA RITA				
Email:	Naturalidade SAO MIGUEL DE TAIPU			

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 11:25:24	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	Voo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA	X mmHg	P脉	Temperatura

Exames complementares

Ralo X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

100% Dose Iodada 100% Cloropropetano
 Nefro + Nefrite 200% Nefite 100%
 Diurético de Lítio 6.

Diagnóstico

Atendido por
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

Imprimir



03/09/2018 11:25



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 19:32:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121619324049300000036192272>
Número do documento: 20121619324049300000036192272

Num. 37943945 - Pág. 10

110



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. DIRETOS LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 120312 - Tel.: 8332185700

Boletim de Atendimento: 1105810



Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
1322519	SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS	Feminino
Data de nascimento	Idade	Prontuário
24/02/1950	68 anos 8 meses 10 dias	
Mão		
LUZIA MARIA DA CONCEICAO		
Escolaridade		
DDD Móvel	Fone Móvel	
83	988060631	
Tipo documento	Número documento	
RG (IDENTIDADE)	3266931	
Local de procedência		
SANTA RITA		
Email	Naturalidade	
	SAO MIGUEL DE TAIPU	

Pai	MANOEL ELPIDIO DA COSTA
Responsável (Parentesco)	BRUNA DA COSTA - FILHO(A)
DDD Fixo	Fone Fixo
Nº Cna	700208466817223
Tipo	UF
MUNICÍPIO	PB
ICBIR	

Endereço

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

Admissão

Data e Hora	Número da pulseira	Convênio
03/09/2018 11:26:25	1000006276446	SUS
Especialidade		Clinica
CIRURGIA GERAL		
Classificação de risco		Origem do paciente
		RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente
	ATROPELAMENTO	MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Óbito policial	Plano de saúde	Voo de ambulância	Traume
Não	Não	Não	Não
Meio de transporte		Quem transportou	
SAMU			

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	P脉	Temperatura

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

100% de sangue por hemiparese
Jugular + pulsos 2xms de 100 mmHg
Quintal da casa

Helminose 3.º Anel
Cortex 24.º Anel
ENF

Diagnóstico

Atendido por:
SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO

Imprimir

25 ABR. 2019



03/09/2018 11:25



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISEO BURITI
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
Repcionista: CLEBIA FERREIRA RODRIGUEZ
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS
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

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: FILHA- BRUNA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: AVALIACAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
[] Vomito		
Observacao		

Qxa Principal

TUACAO

Paciente Transfida do Hosp. de Trauma

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

PF

Prescricao

Horario da medicacao





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS				PRONTUÁRIO N°	
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 Radio</i>				CID S52.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de cotovelo demonstrando solução de continuidade óssea da cabeça do rádio</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATHOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/>					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura da ulna foi submetido(a) a tratamento CIRURGICO COM RESSECCAO DE FRAGMENTO OSSEO POIS FRAG OSSEO INTEGRO È 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: ALNE e Analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

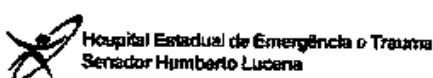
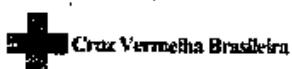
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão Dr. ALEXANDRE NISHIMI

ALTA HOSPITALAR ORIENTADO POR DR ROBERTO ALMEIDA.

20/04/2018

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M



SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS	BAE 1105810	Data/Hora Entrada 03/09/2018 11:26:25	Data Baixa 2018-09-03 15:15:51,0
Data de nascimento 24/02/1958	Idade 68a 6m 10d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 988650631
Mãe LUZIA MARIA DA CONCEICAO	Prontuário		
Endereço PRIMEIRO DE MAIO, 277	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA	Nº Cons. Regional 8637/PB
Data/Hora Classificação 03/09/2018 11:26:25		Data/Hora Prescrição 03/09/2018 15:15:52	

Anamnese

#ORTOPEDIA#

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

SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS

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



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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS	BAE 1105810	Data/Hora Entrada 03/09/2018 11:25:25	Data Baixa
Data de nascimento 24/02/1950	Idade 68a 6m 10d	Sexo Feminino	CNS 700208466817223
Mãe LUZIA MARIA DA CONCEICAO			
Endereço PRIMEIRO DE MAIO, 277	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA	Nº Cons. Regional 8252/PB
Data/Hora Classificação 03/09/2018 11:25:25		Data/Hora Prescrição 03/09/2018 13:57:52	

Anamnese

ortopedia

pcl vítima de atropelamento por moto com trauma no msc.

Nega tce ou perda de consciência

refere dor na reg. do cotovelo esquerdo

ex. fis.: BEG, consciente e orientada

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

RX: luxação cotovelo com fratura da cabeça do rádio

CD: redução íncruenta + 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

Dr. Tiberio Vanomark
Ortopedia / Cirurgia de Mão
CRM-PB 8252 / FEBT 14546

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)

SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS



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

6.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=378740&pesquisa=S&perform=im...

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 19:32:40

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121619324049300000036192272

Número do documento: 20121619324049300000036192272

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdc | 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

Brusma do Góes Santos

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Severina <i>Luzia</i>				Registro:
Idade: 68a	Sexo: C6c	Clinica:	EMP:	LR:
Data: 21/04/18	Cirurgião: Dr Alexandre Nishimura	1º Assistente: Dr Inácio Sebben		
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>fratura luxação Coluna E</i>				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>Ro tratando luxou fratura Luxam Coluna E</i>				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO
				<i>25 ABR 2018</i>
				<i>CORRETORA DE SEGUROS</i>
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (X) Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (X) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico				

Direção Executiva: José Costa Duarte, S/N CEP 58058-384, Mangabeira | João Pessoa - PB



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- (1) Paciente em DDH sob efeito anestésico
- (2) Anétesis, Antissepsis + cobertura de campos cirúrgicos

- (3) Preenchimento de garrote.

Incisões:

- (4) Incisão V de Kocher

- (5) Divisão por planos.

- (6) Visualização da fratura cabeça radio
em 1 ponto. / com reabsorção parcial

Achados:

- (7) Com frágil localização nas rãs
ulnar (invariável Uptura → articular), ophalos
por unirrães dos fragmentos pois
frágil é a articulação menor que 50% +
extende a flexo-extensão e pronomissão.

Conduta:

- (8) Reanimação complexa (alvo).

- (9) Urtiga - ultradado garrote.

- (10) Hemostase

- (11) Drenagem por planos.

- (12) Cerradura apical

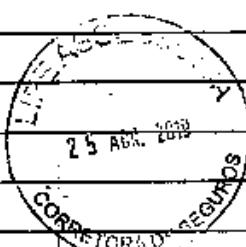
- (13) Tela Ax, OPI/IMAR

- (14) A RPA

Fechamento:

OBS:

CRM-PB 11.320 / ECF 13957
Cirurgia de Síndrome da Cadeira
Dr. Alexandre Moreira Mislim
Assinado eletronicamente



Data: ____ / ____ / ____

MÉDICO/CRM

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 19:32:40

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121619324049300000036192272>

Número do documento: 20121619324049300000036192272

Num. 37943945 - Pág. 19



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Serevinha Lúcia do Canto 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 Catarrato

HDA: Ptto com constrição de Fx e Lx do Catarrato, encamadas de HPTSC.
Durante exames de jangada sentiu ressaca
graves como sono desfaz.
Reagiu a novas solicitações e instado a
estabilidade.

Vista na TC fragmentos de grande tamponamento
da calota sonda + pequenos fragmentos de
coronários.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Ictericia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectorção [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Soluço [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Distúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematuria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposito [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] 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: *Tríade Tiroxina*Conduta: *Tiroidite autoimune*

25 ABR. 2019

CORRETOR DE SEGUROS



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 Orto trauma 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 Orto trauma de Mangabeira para tratamento da fratura de cabeça do rádio esquerdo.

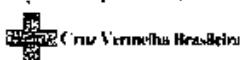
ALTA HOSPITALAR: 03/09/18

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 SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS	BAE 1165816	Data/Hora Entrada 03/09/2018 11:25:25	Data Baixa
Data de nascimento 24/02/1950	Idade 68a 8m 10d	Sexo Feminino	CNS 700208466817223
Mae LUZIA MARIA DA CONCEICAO			Prontuário
Endereço PRIMEIRO DE MAIO, 277	Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	Nº Cons. Regional 9985/PB
Data/Hora Classificação 03/09/2018 11:25:25	Data/Hora Prescrição 03/09/2018 12:04:28		

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO MOTO X PEDESTRE. TRAZIDA AO SERVICO PELO SAMU. QUEIXANDO DE DOR INTESA EM MSE. APRESENTA ESCORIAÇÕES NO REFERIDO MEMBRO ALÉM DE ESCORIAÇÕES EM PÉ DIREITO E ESQUERDO. NEGA PÉRDA DE CONSCIÊNCIA. NEGA VÔMITO. NEGA DOR TORÁCICA. NEGA DOR ABDOMINAL. ALERGICA A PARACETAMOL.

AO EXAME:

- A: RESPIRANDO EM AR AMBIENTE: REGIÃO CERVICAL SEM QUEIXAS.
- B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA, EUPNEICO, TORAX 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.

CONDUTA:

- 1) RADIOGRAFIA DO MSE
- 2) PARECER DA ORTOPEDIA
- 3) ANALGESIA
- 4) LIBERADO DA GERAL

MEDICAÇÃO

CETOPOFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V, AGORA, (OSSERAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF0,9%)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBliqua)

RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
V02.1	Pedestre traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas - acidente do trânsito

Conduta

Em observação

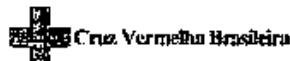
Dr. Cláudio Júnior
MR Cirurgia Geral
CRM - PB 9985

CLÁUDIO RODRIGUES DOS SANTOS JÚNIOR
(CRM: 9985/PB)



Boleto registrado por: SANDRA CAROLINA GOMES ABEIRO em 03/09/2018 11:26:24





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) 988050631	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNES 2693262			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 CONDUTA: 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



S 8034510
MOS/416



Clique No meu perfil
Mais vista

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Data: 03/09/18 13:57
Usuário: TIBERIO
Boleto: 1105810


PRESCRIÇÃO MÉDICA

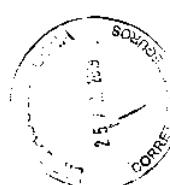
Nome SEVERINA LUZIA DA COSTA SANTOS	Data de 24/02/1950	Idade 66a 6m 10d	Sexo FEMININO	Nº 1105810	Nº Prontuário	Data Prescrição 03/09/2018 13:57:52
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito				Validade da Prescrição 03/09/2018 13:57:00 - 04/09/2018 13:57:00	
Convenio SUS	Matrícula		Senha			

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprox. momento
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

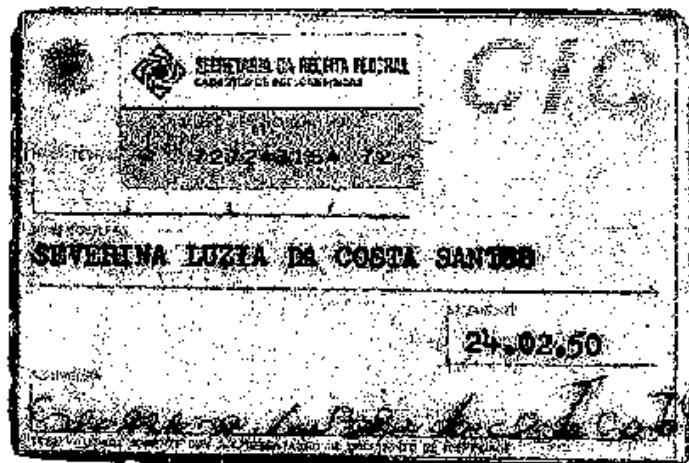
TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
CRM: 8252

Dr. Tiberio Vanomark Chaves Bezerra
Assinatura e Carimbo do Profissional



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 19:32:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121619324049300000036192272>
Número do documento: 20121619324049300000036192272

Num. 37943945 - Pág. 25



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Silvana Souza de Costa Santos

DATA DO ACIDENTE 03/09/2019 CPF DA VÍTIMA 727.843.154-72

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR 1º do Hau

Nº 977 COMPLEMENTO

BAIRRO Rapulada

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 PELO VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME 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 E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA NÃO PODE SER MAIOR DE 15 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 RECEITÁRIO 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 E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25/04/2019

IDENTIDADE 32.65.891

ASSINATURA Suelzina Moreira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 25 Abr. 2019

NAME

ASSINATURA



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 AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO, LIMITAÇÃO FÍSICO: DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA E RESOLUÇÃO DA LUXAÇÃO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 19:32:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121619324049300000036192272>
Número do documento: 20121619324049300000036192272

Num. 37943945 - Pág. 28

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	18,75 %	R\$ 2.531,25



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/12/2020 19:32:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121619324049300000036192272>
Número do documento: 20121619324049300000036192272

Num. 37943945 - Pág. 29

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 AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO LATERAL DO COTOVELO ESQUERDO, LIMITAÇÃO FÍSICO: DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO COTOVELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA E RESOLUÇÃO DA LUXAÇÃO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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



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

Num. 37943946 - Pág. 1

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

Num. 37943946 - Pág. 2