



Número: **0006502-20.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **05/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59215571	13/03/2020 11:30	2702519_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00065022020208172001

AUSÊNCIA DE COBERTURA
SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **16/07/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data 24/09/2019.

Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, vez que a parte autora **não restou inválida**, pressuposto necessário para o pagamento da indenização pleiteada.

Portanto, em que pese o requerimento da indenização na via administrativa, houve a **NEGATIVA** da Seguradora responsável pela regulação, haja vista, a ausência de sequelas.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

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



DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

A parte Autora sustenta que encontra-se inválida permanentemente devido as supostas lesões sofridas decorrentes de acidente de trânsito.

Acontece Exa., que toda documentação médica apresentada aos autos não corrobora com o alegado, pelo contrário comprova cabalmente que NÃO HÁ INVALIDEZ e/ou DEBILIDADE PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ COBERTURA DO SEGURO DPVAT.

Assim, a parte Autora, deixou de comprovar de maneira precisa que é portador de invalidez permanente, não fazendo jus à indenização referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação e visto não haver meios comprobatórios do alegado, devendo a demanda ser julgada improcedente, em consonância com o disposto no artigo 487, inciso I do Código de Processo Civil.

DA INÉPCIA DA INICIAL

DOCUMENTOS ILEGÍVEIS

Inicialmente cumpre informar que a petição inicial apresentada pelo autor não está apta a gerar efeitos, vez que verifica se a existência de documentos ilegíveis.

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DE QUEIMADAS - Dr. Patrício Leal e Melo	
FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES	
FICHA Nº	DATA:
PACIENTE:	JOÃO DE SOUZA SILVA
ORIGEM:	QUEIMADAS
SOLICITANTE:	CLÍNICA:
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
Tratamento e + 12 ANOS DE IDADE ESQ. APOD. ACIDENTE DE MOTOCICLETA ANÁLISE ORTOPÉDICA 16/03/14	
MEDICAÇÃO ADMINISTRADA	
ENCAMINHAMENTO PARA:	
ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO	

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



Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

- DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE -

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**².

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Compulsando os documentos apresentados aos autos pela parte autora, podemos perceber que o boletim médico não atesta que o atendimento tenha decorrido do suposto acidente.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo³.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

DA INEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

É incontroverso que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber o Seguro Obrigatório DPVAT no que se refere à cobertura de invalidez permanente, uma vez que o próprio laudo médico acostado nos autos pelo autor constata a ausência de lesões de caráter permanente.

Verifica-se, outrossim, que a parte autora ingressou com o requerimento administrativo, o qual foi negado pela Seguradora Reguladora, ante a ausência de lesões indenizáveis.

Frisa-se que nem todas as lesões ocasionadas por acidente automotor são passíveis de indenização, pois para caracterizar invalidez permanente passível de indenização imprescindível que haja perda definitiva ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável, ao fim do tratamento médico.

²SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). AÇÃO DE COBRANÇA. AFIRMAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE. NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A INVALIDEZ E O ACIDENTE. AUSÊNCIA. IMPROCEDÊNCIA RECONHECIDA. RECURSO IMPROVIDO. Constatada pericialmente a ausência de nexo de causalidade entre o acidente narrado e a incapacidade apresentada, impossível se apresenta o reconhecimento do direito ao recebimento de qualquer valor a título de seguro DPVAT. (TJ-SP - APL: 90000717820118260577 SP 9000071-78.2011.8.26.0577, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 03/03/2015, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 03/03/2015)

³APELAÇÃO CÍVEL. DPVAT. INVALIDEZ PERMANENTE. AUSÊNCIA DE DEMONSTRAÇÃO DE NEXO CAUSAL DE QUE AS LESÕES SÃO DECORRENTES DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO OCORRIDO EM 25/12/1992. BOLETIM DE OCORRÊNCIA LAVRADO APENAS EM 12/06/2009, DEZESSETE ANOS APÓS O SUPOSTO ACIDENTE. ÔNUS DA PROVA. INCUMBÊNCIA DO AUTOR. ART. 333, I, CPC. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1. Não há nos autos qualquer elemento que comprove que as lesões suportadas pela apelante sejam decorrentes de acidente automobilístico. 2. A requerente sequer trouxe aos autos prova do atendimento hospitalar realizado na data do sinistro, ou ainda, prova do tratamento médico realizado decorrente das lesões alegadas. (TJ-PR 8967797 PR 896779-7 (Acórdão), Relator: Dartagnan Serpa Sa, Data de Julgamento: 24/05/2012, 9ª Câmara Cível)



Deste modo, a Lei 6194/74 considera invalidez permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte. Por essa razão, lesões meramente estéticas, temporárias, ou que de qualquer forma não venham acarretar comprometimento de órgão ou função, não serão passíveis de indenização. E é exatamente o caso dos autos.

Em análise ao processo administrativo e aos documentos médicos juntados pela própria parte autora, conclui-se que o acidente ocasionou ao autor lesões que não acarretaram incapacidade funcional ou para realização de atividades ordinárias, portanto, não são passíveis de indenização.

Assim, verificada a inexistência de invalidez permanente, deverá o pedido autoral ser julgado IMPROCEDENTE, nos termos do art. 487, I, CPC.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

O seguro obrigatório DPVAT é regido pela Lei n.º 6.194/74, tendo sido alterada pela Lei n.º 11.945/09, e discute matéria referente à modalidade de seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Assim, temos que o seguro DPVAT dá cobertura apenas às indenizações ocasionadas por morte, invalidez e reembolso de despesas de assistências médicas e suplementares, não tendo abrangência sobre qualquer outra indenização que não seja as especificadas na letra da lei.

Verifica-se, porém, que as provas produzidas nos autos, demonstram e comprovam o contrário do que alega o Autor, o **LAUDOS MÉDICOS** atestam que a lesão apresentada é apenas temporária/recuperável, o que, por certo, não pode ser considerada INVALIDEZ, não havendo previsão de cobertura pela Lei do DPVAT.

Vale ressaltar que o convenio/seguradoras é responsável apenas pelo pagamento das indenizações dispostas na Lei 11.945/09, não podendo ter interpretação extensiva a pretensões de cunho particular por parte do Autor, que não tenham qualquer ligação com a matéria em questão.

Conclui-se assim ser impossível juridicamente o pedido do Autor, e, por ser impossível juridicamente o pedido, requer que a presente demanda seja julgada **IMPROCEDENTE**.

DA APLICABILIDADE DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Com advento da Medida Provisória nº 451/08, convertida na Lei nº 11.945/2009, estabeleceu-se percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, de modo que se impõe a graduação da lesão para fins indenizatórios.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

A referida inovação legal trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, para dirimir o percentual indenizável no caso concreto, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pela parte autora é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral⁴.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.



No mesmo sentido, o Superior Tribunal de justiça editou a Súmula 474 pacificando o entendimento que no caso de invalidez a indenização do Seguro Obrigatório DPVAT deverá ser paga em conformidade com o grau da invalidez da vítima⁵.

Frisa-se que a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Assim, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral a parte Autora, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ **art. 1º . (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



CONCLUSÃO

Ante o exposto, reafirma o desinteresse na audiência de conciliação, conforme amplamente demonstrado no corpo da presente peça.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez permanente, conforme preconiza a Sumula 474 do STJ.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de todos os meios de prova em direito admitidas e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do convênio de cooperação institucional celebrado entre o Tribunal de Justiça de Pernambuco e a Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT nº014/2017

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 5 de março de 2020.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE



QUESITOS DA RÉ

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexo de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a gradação?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na **30225 - OAB/PE** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES**, em curso perante a **4ª VARA CÍVEL** da comarca de **RECIFE**, nos autos do Processo nº 00065022020208172001.

Rio de Janeiro, 5 de março de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO - OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Número: **0006502-20.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **05/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59215572	13/03/2020 11:30	ANEXO 1	Outros (Documento)

DUT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637766 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 16/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: contusão de joelho esquerdo

Descrição do exame físico: vítima com mobilidade e força do joelho esquerdo preservados, sem déficit na marcha.

Resultados terapêuticos: tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia.
Evoluiu sem complicações. Alta médica

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 03/12/2019

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0399639/19

Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

CPF: 936.048.744-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/07/2019

Titular do CPF: JAIDETE MARIA DA SILVA
SOARES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
OUT
Outros

JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES : 936.048.744-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019

Nome: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES
CPF: 936.048.744-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019

Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

JULIANA MARQUES RODRIGUES





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

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

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Jaidete Maria da Silva Soares
Data do Acidente: 16/07/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não NP CPF: 736.048.744-91

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☒ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos dos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Prova de casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Jaidete Maria da Silva Soares
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 736.048.744-91
E-mail: clayde.marques@yahoo.com.br Tel.: 81 9.9993-2863
Data: 06/11/2019 Assinatura: Jaidete Maria da Silva Soares

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Porto de Atendimento (Nome do ponto): AC BOU JARDIM
Atendente: JOY ELAINE AGUIAR Matrícula: 5535787
Data: 06/11/19 Assinatura: [Assinatura]



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1946

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA DE SEGURANÇA NACIONAL
DEPARTAMENTO DE CONTROLADORIA DE DOCUMENTOS
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

1416680715

IDENTIFICAÇÃO

NOME: **SERGIO ROBERTO FERREIRA DA SILVA**

DOC IDENTIFICADOR EMISSOR/UF: **349043 BRZ PE**

CPF: **055.455.224-87** DATA NASCIMENTO: **15/02/1969**

FILIAÇÃO: **ARTHUR FERREIRA DA SILVA**
TRACISCA MARIA DA SILVA

PROFESSÃO: **PROFESSOR** SOC: **PROFESSOR** CAT. PRO: **PROF**

PROFOTO: **01963856159** VALIDEZ: **23/11/2021** EXPIRAÇÃO: **27/02/1986**

DESTINAÇÃO: **Exerce Ativ Remunerada.**

Sergio Roberto Ferreira da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **LIMOEIRO - PE** DATA EMISSÃO: **14/12/2016**

Sergio Roberto Ferreira da Silva

50434415705
92076076103

1416680715

PROFESSOR PLANTÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

JARBAS FERREIRA DE ARRUDA FILHO C3

DOC. IDENTIDADE (OND. EMISSOR) UF
36116 PM PE

CPS **687.340.774-72** DATA NASCIMENTO **24/09/1969**

TRIAÇÃO
JARBAS FERREIRA DE ARRUDA
MARIA JOSE DA SILVA

PERMISSÃO ☐ AGE ☐ CAT. MAR. ☐ AB ☐

Nº REGISTRO **01834591969** VALIDADE **30/01/2022** 1ª HABILITAÇÃO **16/10/1985**

OBSERVAÇÕES
 Sem observação

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **CARDUARU - PE** DATA EMISSÃO **01/02/2017**

Charles Anderson Sousa Ribeiro
 Diretor-Executivo
 ASSINATURA DO EMISSOR

92251045006
 PE076812030

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1420999901

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1420999901



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637766 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 16/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: contusão de joelho esquerdo

Descrição do exame físico: vítima com mobilidade e força do joelho esquerdo preservados, sem déficit na marcha.

Resultados terapêuticos: tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia.
Evoluiu sem complicações. Alta médica

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 03/12/2019

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637766 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 16/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @10 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637766 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 16/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @10 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA 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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



**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: **3190637766**

Nome do(a) Examinado(a): **JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES**

Endereço do(a) Examinado(a):

R MANOEL JOSE PESSOA, 77 - São Sebastião - Surubim - PE - CEP 55750-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds** / **PE**] **4900910**

Data e local do acidente: [**16/07/2019**] **Queimadas, PB**

Data e local do exame: [**03/12/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

contusão de joelho esquerdo

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

vítima com mobilidade e força do joelho esquerdo preservados, sem déficit na marcha.

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

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia. Evoluiu sem complicações. Alta médica

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [**X**] Não

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

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



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

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

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

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

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

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 a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE





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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637766

Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 16/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

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 15131737





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 Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637766

Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 16/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01771/01772 - carta_02 - INVALIDEZ

00050886



Carta nº 15145758





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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637766

Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 16/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00653/00654 - carta_04 - INVALIDEZ

00020327



Carta nº 15204908





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

936.048.744-71

Jaidete Maria da Silva Soares

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDIA 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 (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1895

CONTA:

18575

2

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CMI) ☐ 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 (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Boa Firdim 06 de novembro/2014

Nome:

Jaidete Maria da Silva Soares

CPF:

936.048.744-71

TESTEMUNHAS

Nome:

CPF:

Autorização de pagamento



Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

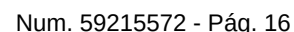
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

REC-10

21AFT046AJ 20060

1. Substance Abuse

© 2007 by American Psychological Association or one of its allied publishers. This article is intended solely for the personal use of the individual user and is not to be disseminated broadly.





Conta Poupança





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE QUEIMADAS,
Rua José Braz de França, 70 - Centro - Queimadas - 58475-000 - (83)3392-2611

te

OCORRÊNCIA Nº 000117/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000117/19 registrada em 24/09/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e quatro dias do mês de setembro do ano de 2019, nesta cidade de Queimadas, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE QUEIMADAS, quando encontrava-se presente a Bela, JULIANA FERNANDA BRASIL BARBOSA BRUCE, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:58 horas, compareceu a Sra. JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES, com 43 anos de idade, filha de NÃO DECLARADO e MARIA JOSÉ DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de BOM JARDIM - PE, Viúva, escolaridade Médio Completo, profissão GARÇONETE, portadora da Cédula de Identidade Nº 4900910, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 93604874491, residindo à rua MANOEL JOSÉ PESSOA, 77, bairro CENTRO, na cidade de SURUBIM - PE, celular 9 9605-7898.

Declarou que:

NO 16 DE JULHO DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS 11:40, VIAJAVA COM SEU IRMÃO EM UMA MOTOCICLETA HONDA MODELO NXR 160, DE PLACA: PCM-6446/PE, CHASSI: 9C2KD0810FR452791, DA CIDADE DE SURUBIM/PE PARA CAMPINA GRANDE/PB, ONDE NA OCASIÃO, NA ALTURA DO SÍTIO PEDRA DO SINO, NESTA CIDADE DE QUEIMADAS, NA BR 104, COLIDIRÃO COM UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU EM FRENTE À MOTOCICLETA, O QUE OCASIONOU A QUEDA DE AMBOS, E QUE A DECLARANTE FERIU O JOELHO, SENDO POSTERIORMENTE SOCORRIDA POR PARTICULARES E LEVADA A UNIDADE HOSPITALAR DESTA MUNICÍPIO, NADA MAIS DECLAROU. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Queimadas, Terça-feira, 24 de Setembro de 2019

Jaideete Maria da Silva Soares
JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Declarante

José Eudes de Lima
JOSÉ EUDES DE LIMA - AGENTE OPERACIONAL

Escrivão

Boletim de ocorrência



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel: 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício CityTower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jaidete Maria da Silva Soares

RG nº 4.900.910, data de expedição 08/09/2015 Órgão SDS/PE

CPF nº 936.048.744-91, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiros:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Manoel José Pessoa</u>
Número	<u>77</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>São Sebastião</u>
Cidade	<u>Surubim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.750-000</u>
Telefone de Contato	<u>081-99993-2863</u>
E-mail	<u>cleide.marques@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bom Jardim, 05 de Novembro de 2019.

Assinatura do Declarante: Jaidete Maria da Silva Soares





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA MARTO ESTANISLAU - NUM. - 00005 - SAO SEBAS
TIAO SURUBIM PE 55750-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 24559335 Out/2019													
ARNALCIANDRO NASCIMENTO DOS SANTOS		R. MANOEL JOSE PESSOA 00077 - SAO SEBASTIAO SURUBIM PE 55750-000													
INSCRIÇÃO: 145.730.195.1020-000 GRUPO: 5 DEB. AUTOMÁTICO: 024519335															
SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICA												
HIDROMETRO A12U216040	DATA LEIT. ANTERIOR 27/09/2019	DATA LEIT. ATUAL 28/10/2019	TIPO DE CONSUMO (ARE) MEDIA HD												
AGUA: LEIT ANT: 304 CONSUMO: 6 LEIT ATU: TAXA MINIMA LEIT FAT: 314															
HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO															
09/2019 07		08/2019 06													
07/2019 05		06/2019 06													
05/2019 05		04/2019 06													
MEDIA: 06															
		Qualidade de Água: www.compesa.com.br													
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA															
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)												
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		6 M3	44,08												
CONSUMO DE ÁGUA															
<table border="1"><thead><tr><th>ITEM</th><th>BASE DE CÁLCULO</th><th>PERCENTUAL (%)</th><th>VALOR DO IMPOSTO</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>PS Compes</td><td>1,65</td><td>0,73</td></tr><tr><td></td><td>44,08</td><td>7,60</td><td>3,35</td></tr></tbody></table>				ITEM	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	1	PS Compes	1,65	0,73		44,08	7,60	3,35
ITEM	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO												
1	PS Compes	1,65	0,73												
	44,08	7,60	3,35												

VENCIMENTO: 08/11/2019

TOTAL A PAGAR: 44,08

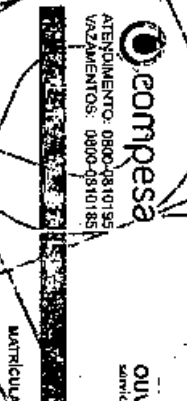
MENSAGEM:



8280000000-8 4408013145-4 02455933501

VENCIMENTO: 08/11/2019

TOTAL A PAGAR



ATENDIMENTO: 0800-0810193
SAC: 0800-0810193

MATRÍCULA

QUI

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sergio Roberto Ferreira da Silva

RG nº 3.490.843, data de expedição 15/09/1986.

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 653.655.424-87, com

domicílio na cidade de Bom Jardim, no Estado de

Pernambuco onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Cônego Antônio Leito de Melo, nº 07,

complemento Vila Itapira, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Jaidete Maria da Silva Soares cujo o condutor era

Jarbas Ferreira de Arruda Filho.

Veículo: motocicleta Honda NXR 160 BRAS GSDD

Modelo: 2015

Ano: 2015

Placa: PCM-6446

Chassi: 9C2KD0810FR452771

Data do Acidente: 16/07/2019.

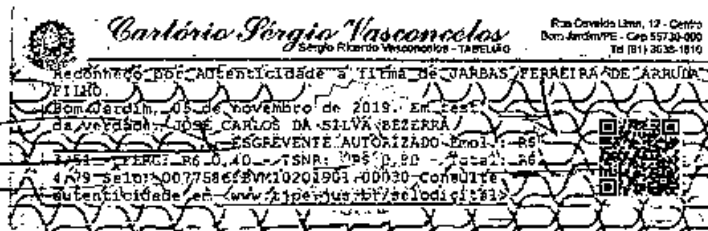
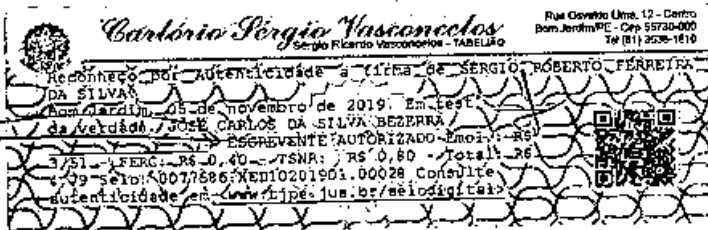
Local e Data: Bom Jardim, 05 de novembro de 2019.

Declaração do proprietário do veículo



Sergio Roberto Ferreira da Silva
Assinatura do Declarante

Jarbas Ferreira de Arruda Filho
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETÁRIA DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE QUEIMADAS - Dr. Patrício Leal e Melo

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

FICHA Nº

DATA:

PACIENTE:

JARDETE MARIA DA SILVA

ORIGEM:

QUEIMADAS

SOLICITANTE:

CLÍNICA:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Paciente e/
trauma JENVA
ESQ. APOD ACIDENTE
DE MOTOCICLETA
ANDREES ORPÉDIA

16/07/14



MEDICAÇÃO ADMINISTRADA

Documentação médica - hospitalar



ENCAMINHAMENTO PARA:

NATURA / CARIMBO
MÉDICO



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONTUÁRIO Nº: 1698407 CLASS. DE RISCO: LARANJA

HOSPITAL REGIONAL DE QUEIMADAS CNPJ: 08.778.268/0048-24
RUA: SERFERINO BEZERRA CABRAL, S/N - CENTRO, QUEIMADAS - PB. CEP: 58475-000 Data: 16/07/2019
Atendimento de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Germana Miranda Agostinho

PACIENTE: JAIDETE MARIA DA
LVA SOARES

CPF: 32165465 Nascimento: 14/12/1975

Sexo: F Telefone: 995356435

Idade: 043 Bairro: CENTRO

RG: Nº 0

CPF: Profissão:

Data de Atend: 16/07/2019 CNS: 705101898413740

CONVÊNIO: SUS

Hora: 12:45:23 Especialidade:

CRM:

Endereço: RUA MANOEL JOSE PESSOA

Cidade: Surubim

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Sponsável:

Estado Civil:

Situação: INTERCORRÊNCIA

Idade:

15 FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crispação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfiamento subcutâneo
10. Escaldamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortado-contuso
16. F. Cortado-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-contuso
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otomagra
30. Paralisia
31. Pericite
32. Pericite
33. Quelimadura
34. Rinocequia
35. Sinais de isquemia
- 36.

LESIONADURA:

perfil corporal lesado = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

PAULINA

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA 14x9x10 HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Radiografias:

() Ultrassonografia:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / / às / Dia / /

Especialista: / / às / Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	10/10/2019	10/10/2019
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:



Glenn { } 11.25
Glenn { } 11.25
Glenn { } 11.25

[illegible]

100-53
100-53
100-53

SECRETARIA DE LA REFORMA MEDICA.

Environ Biol Fish (2015) 98:149–166

Abstract

COMPLAINT

03/08/2016

U25E, 148250, 295, 247

4. 7. 8

U.S. 2010

WALLACE JONES, JR.

52.

Q: 34

Amilux 215

1934-35

03:46:07.1187

Q665 0-8174 MYA0001'1026 4E220V

24.803.1

1614056: 01, '122932

219402 AVI.

2011 FEB 10 PM 14

100

RECEIVED: 1986, NOV 19
REVISED: 1987, JAN 19
ACCEPTED: 1987, FEB 19

4734024

4.5.5.3. **श्रीलङ्का-विश्व-विद्यालय**

LEBANON MILBURY SUBV. 2004-011130 DONTAVIANE L

687 ALE SEC:MOX 54

ROMA (G. E.) 163840X

CC BY-NC-SA 4.0

ALFANDI MENYORONG KEMERDEKAAN

DEPARTMENT OF THE ARMY

COPIES

CONTRIBUTOR

EXTENSIVE LITERATURE - OUTDOOR CEMETERY

16/07/2019

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

16/07/19
16:25

Acidose de lacto
+ lactato em joelho @

gr: Escoriações

Acidose de lactato
articular

Por um respo de joelhos
de isquemia total (lesões
irreversíveis)

gr: Fala joelheira por 7 dias
41285
Cirurgia
Retorno com 7 dias

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar

() Alta reativa

() Decisão Médica

() Óbito

Antonio das Neves de Souza
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

10.1 T: 240/projetos/impresoes.php?conte=19153418&dataatend=2019-07-16&horatend=16:19:23

2/3



16/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1945341 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0008-52

Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/07/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: JAIDETE MARIA DA

CPF: 55750000

Nascimento: 14/12/1975

SILVA SOARES

Endereço: MANOEL JOSE PESSOA

Sexo: F

Telefone: 95356488

Cidade: Surubim

Idade: 043

Bairro: CENTRO

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

RG: 4900910

Nº: 77

Responsável: JESSICA

CPF: 93604874491

Profissão:

Estado Civil: Solteira

Data de Alim: 16/07/2019

CNS: 705101898413740

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

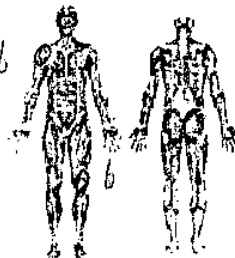
Hora: 15:14:08

CONVÊNIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abuso
2. Amputação
3. Anestesia
4. Contusão
5. Corte
6. Escoriação
7. Estima
8. Empalamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Envenenamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Corte
15. F. Corte
16. F. Corte-cortura
17. F. Ferida-cortura
18. F. Ferida-cortura
19. Fratura fechada
20. Fratura exposta
21. Hematoma
22. Injeção de Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Atordalho
27. Movimento torçivo paravertebral
28. Objeto Encaixado
29. Queimadura
30. Ferimento
31. Ferimento
32. Ferimento
33. Queimadura
34. Rinite
35. Síndrome de froum
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

HD: pulmão

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Prontuário clínico de busca de morte há 3 horas, resenha dos dados clínicos, e dificuldade para mobilizar o membro superior direito. Não há sinais de trauma físico. Durante o exame físico, que é a torácica e abdominal, não há sinais de trauma físico. Não há sinais de trauma físico. Não há sinais de trauma físico.

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS:

Neydido Sinvastatina 20mg

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow

15

PA

HGT:

SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

Ultrassonografia:

Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Dr. João

às 15:30

Dia 16/07/19

Especialista:

às

Dia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRI 500 ml EV	
2	O, pulmão	
3	Fib. Tor. 30 min + AA EV	
4	Exame físico	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura e carimbo do médico.

16/07/2019

ojselhtlog/impresclassi.php?cont=1945341&data=2019-07-16&hora=15:19:28

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 11:30:55

https://pje.tipe.jus.br:443/1/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031311305565200000058233602

Número do documento: 20031311305565200000058233602

Num. 59215572 - Pág. 27

16/07/2019

HTCG-Pré-atendimento

GOVERNO
DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/07/2019
Paciente: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES Idade: 043 N° ATEND: 1945341

ACIDENTE DE TRABALHO : NÃO
DATA: 16/07/2019 HORA : 15:19:28

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍNTILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
😊			😊			😊			😞	
sem dor			média dor			média dor		pior dor		

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Dra. Ináda Rêgia Vitor
ENFERMEIRO
COREN-PB 51678

rejelehtcg/imp/realass.php?confir=1945341&datapland=2019-07-16&horafend=15:19:28

31



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 11:30:55
https://pje.tipe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031311305565200000058233602
Número do documento: 20031311305565200000058233602

Num. 59215572 - Pág. 28

Prontuário: 01770837 Pedido: 271126
 Paciente: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES
 Médico Solicitante: Dr.(a) RODRIGO VICTOR LAPENDA DE OLIVEIRA
 Data do Atendimento: 31/07/2019
 Convênio: PARTICULAR

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Dados clínicos: História de trauma torcional, evoluindo com dor na região medial e estresse e valgo.

Técnicas de Exame:

- A- Plano sagital, sequência T1.
- B- Planos axial e sagital, sequência T2, com supressão de gordura.
- C- Planos coronal e sagital, sequência DP, com supressão de gordura.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Observamos extensa área de edema / contusão óssea, comprometendo o côndilo femoral medial e a tibia proximal difusamente.
- Meniscos com morfologia e intensidade de sinal preservadas.
- Indefinição do ligamento cruzado anterior, associado a horizontalização de suas fibras distais e hipersinal de limites imprecisos na fenda articular, indicando ruptura ligamentar completa e aguda.
- Os ligamentos cruzado posterior, bem como os colaterais lateral e medial apresentam espessura, orientação e intensidade de sinal preservado.
- O tendão do quadríceps e o ligamento patelar apresentam aspecto preservado.
- A patela ocupa posição habitual em relação a fossa troclear. Observa-se discreto afilamento e alteração de sinal na cartilagem que reveste as facetas da patela e a fossa troclear, sem sinais de comprometimento do osso subcondral.
- Pequeno derrame articular coletado na bursa suprapatelar.
- Hipersinal de limites imprecisos nos ventres musculares da face posterior do joelho associado a edema no tecido celular subcutâneo do compartimento posterior do joelho.

CLÍNICA DIOCLECIO COUTINHO
 Dr (a): Viviane Medeiros
 CRM: 13.953 - PE

DISPOMOS EM NOSSOS SERVIÇOS A TECNOLOGIA EM TOMOGRAFIA
 COMPUTADORIZADA COM 32 CANAIS.

KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA-PE - CEP:55819-920 - FONE: (81) 3622.3500 - Fax (81) 3621.4111 - E-MAIL: info@dioclecio.com.br



Prontuário: 01770837
Paciente: LAIDETE MARIA DA SILVA SOARES
Médico Solicitante: Dr. (a) RODRIGO VICTOR LAPENDA DE OLIVEIRA
Data do Atendimento: 31/03/2020
Convênio: PARTICULAR

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Dados clínicos: História de trauma fechado, evoluindo com dor na região medial e anterior.

Técnicas de Exame:

A- Plano sagital, sequência T1.
B- Planos axiais e sagitais, sequência T2 com supressão de gordura.
C- Planos coronais e sagitais, sequência T2 com supressão de gordura.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Observamos extensa área de edema, cortada dorsalmente, com contornos bem definidos, envolvendo o condilo femoral medial e tíbia proximal difusamente.
- Meniscos com morfologia e intensidade de sinal preservadas.
- Indefinição do ligamento cruzado anterior, associada a normalização de suas fibras distais e hipointensidade nos limites proximais na banda anterior, com contornos irregulares e ruptura ligamentar completa e aguda.
- O ligamento cruzado posterior, bem como os colaterais medial e lateral, apresentam orientação e intensidade de sinal preservadas.
- O tendão do quadríceps e o ligamento patelar apresentam aspecto preservado.
- A patela ocupa posição habitual em relação à fossa troclear. Observamos discreto afilamento e alteração de sinal na cartilagem que reveste as faces da patela e a fossa troclear, sem sinais de comprometimento do osso subcondral.
- Pedúnculo do menisco articular colateral na bursa subpatelar.
- Hipointensidade nos limites proximais das ventrais musculares da face posterior da patela, associada a edema no tecido subcutâneo do compartimento posterior da articulação.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
RUA ... Nº ...
Cidade ... Estado ...

DISPONÍVEL EM Nossos SERVIÇOS A TECNOLOGIA EM ...
COMPUTADORIZADA COM 32 CANAIS



II Gerês - Gerência Regional de Saúde
Limoeiro - PE
RECEITUÁRIO

Hospital Regional de Limoeiro
José Fernandes Salsa

Paciente:

JAISÉ MARIA

Clinica:

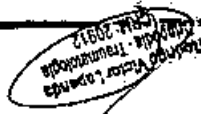
Infermaria:

Leito:

Registro nº:

Ampliação de UTI
(bepo feito)
HOSPITAL Amílcar Mendes

25/03/19



Data:

Médico - CRM





II Geres - Gerência Regional de Saúde
Limoeiro - PE
RECETUÁRIO

Hospital Regional de Limoeiro
José Fernandes Seta

Paciente:

JOSÉ WAGNER DA SILVA

Clinica:

Enfermaria:

Leito:

Registro nº:

LAUDO MÉDICO:
ATENÇÃO PARA DEVIDOS FIM
QUE O PACIENTE AINDA
NECESSITA DE PÓS-OPERATÓRIO
DAS SEGUINTE PATOLOGIAS
CID 10: H23, S83.3, W4
LITIGAR PARA DESENVOLVIMENTO DE
SUAS ATIVIDADES LABORAIS

25/03/13

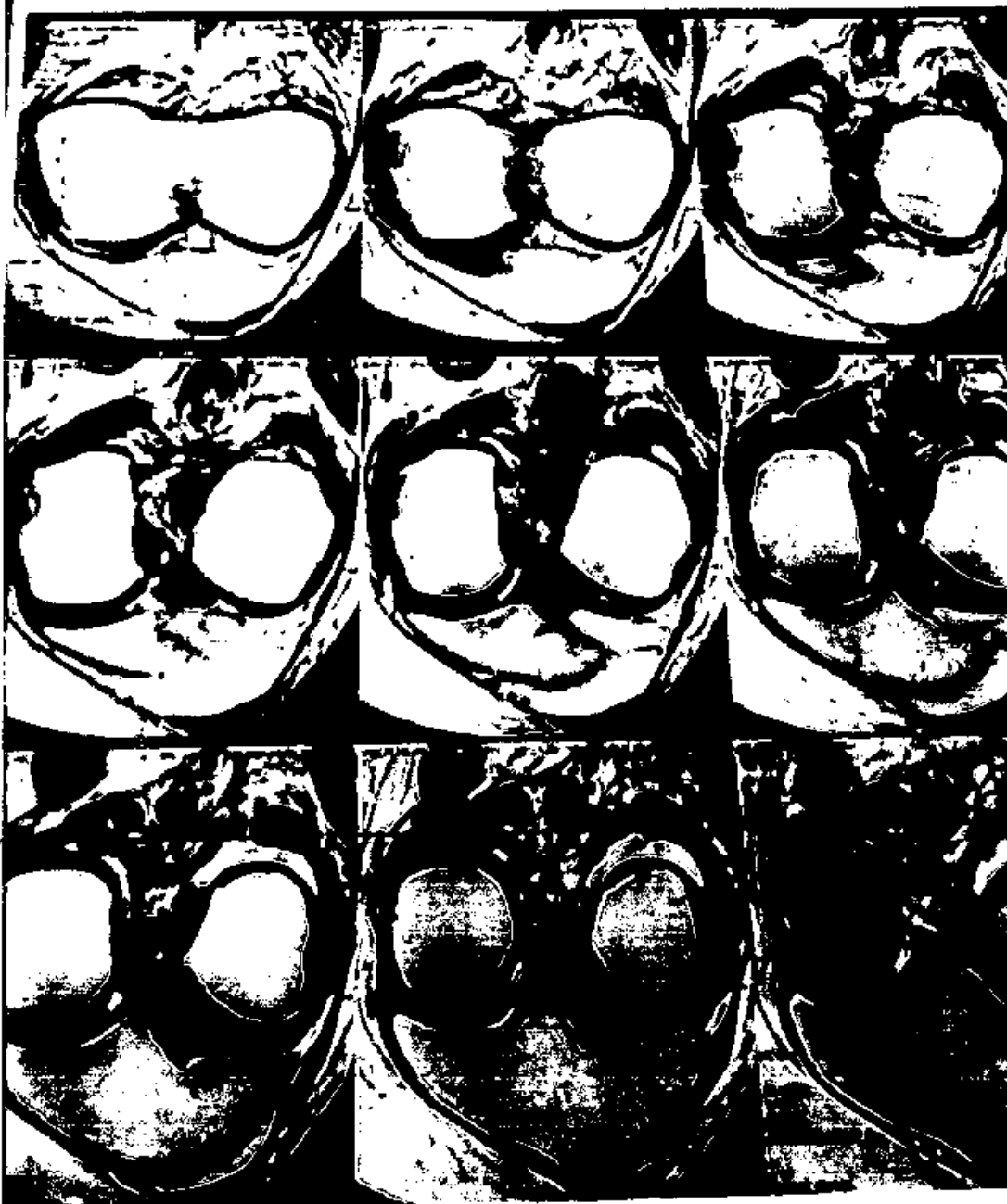
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
MÉDICO

Data:

Médico - CRM



CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



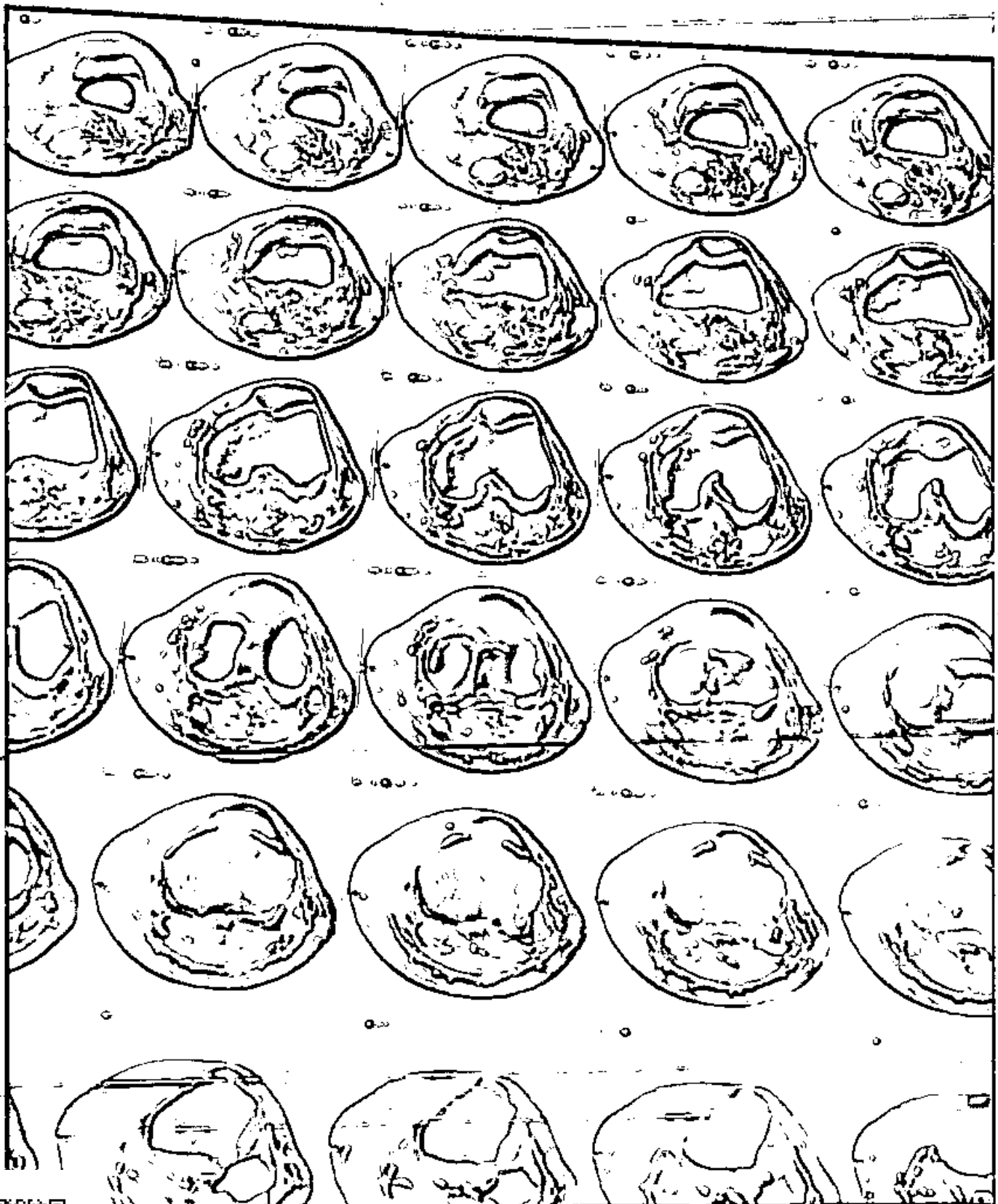
CAIRO NUNO - CARPENA - PE - 07-2281-528 - FONE: 35100110000 - FAX: 35100110000



CLÍNICA DIOGLÉCIO COUTINHO



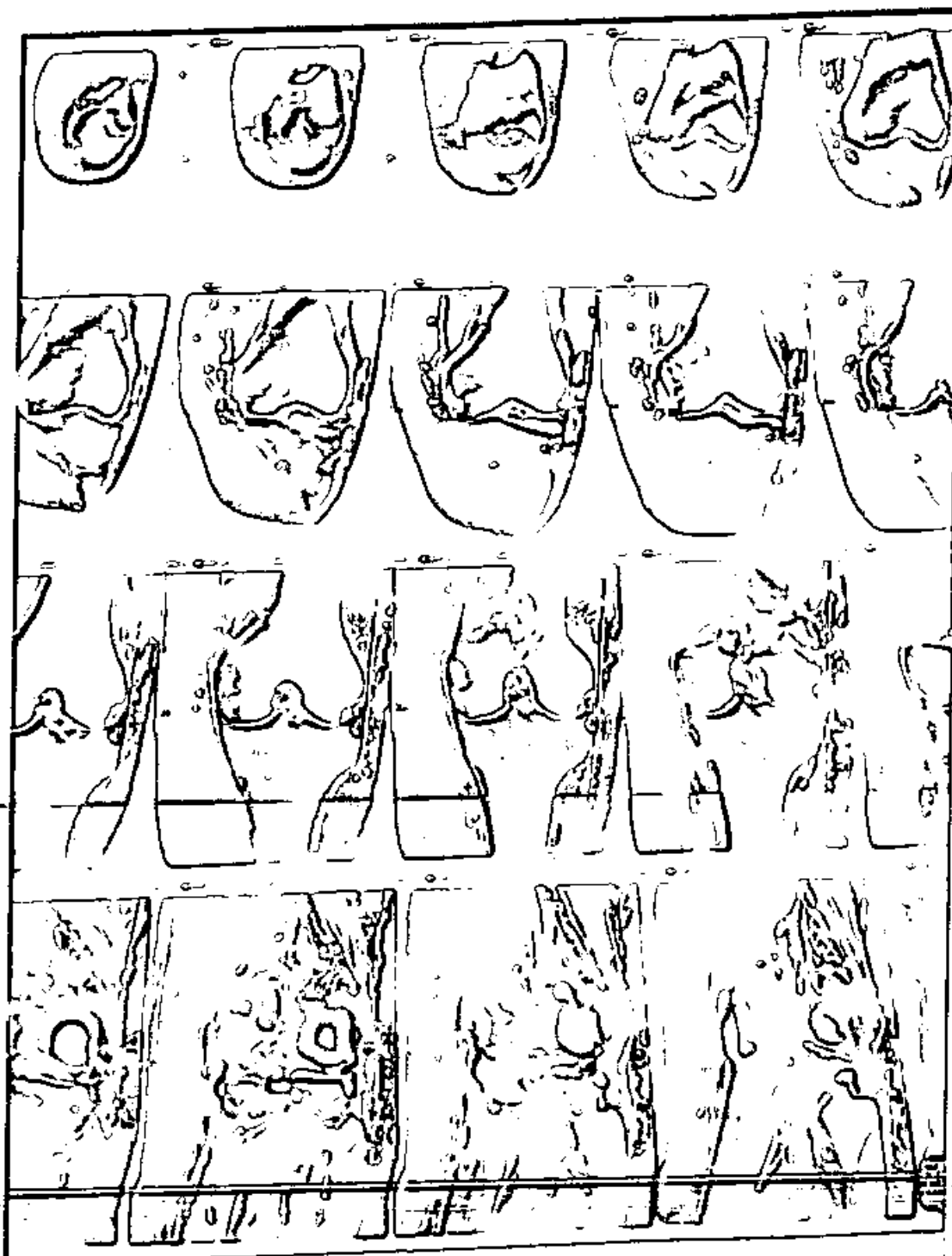
CLÍNICA DIOCLECIO COUTINHO



CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO

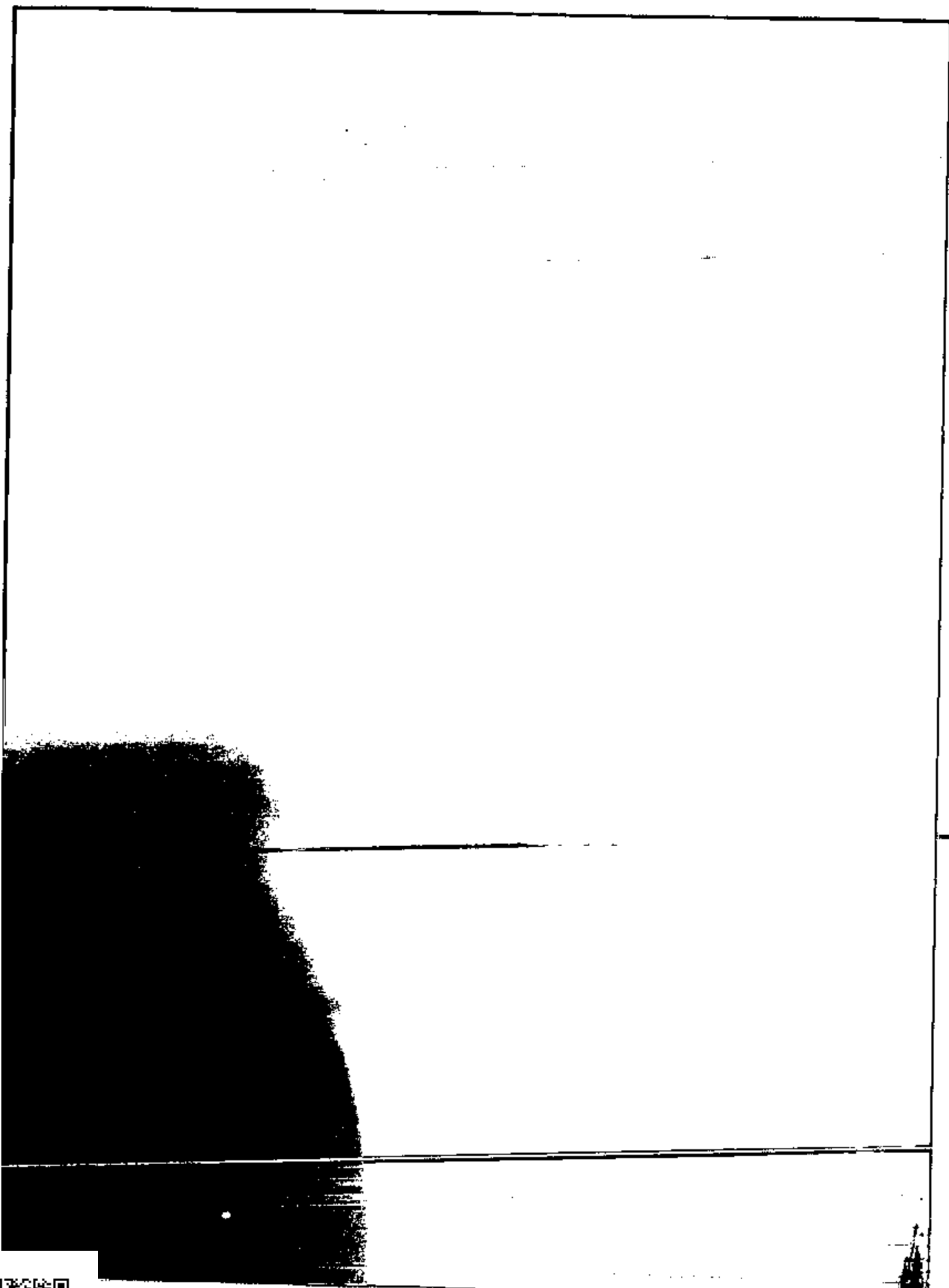


CLÍNICA DIOCLECIO COUTINHO



1 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdc@clincadoclecio.com.br





Documentos de Identificacao

