



Número: **0800220-12.2019.8.15.0161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Cuité**

Última distribuição : **14/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Espécies de Contratos, Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOANITA NEVES ARAUJO (AUTOR)		ANTONIO JOALISON DE ARAUJO MORAIS (ADVOGADO) NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO) DIJANIELLYESON MONTEIRO NOBREGA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43909747	01/06/2021 11:10	Petição	Petição
43910099	01/06/2021 11:10	2705025_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_03	Outros Documentos
43910101	01/06/2021 11:10	2705025_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
43910103	01/06/2021 11:10	2705025_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434604

Cidade: Cuité

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOANITA NEVES ARAUJO

Data do acidente: 20/05/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOANITA NEVES ARAUJO**

Nº Sinistro: **3180434604**

Vítima: **JOANITA NEVES ARAUJO**

Data do Acidente: **20/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180434604**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13395490

Pag. 00429/00430 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOANITA NEVES ARAUJO**

Nº Sinistro: **3180434604**

Vítima: **JOANITA NEVES ARAUJO**

Data do Acidente: **20/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **NILO TRIGUEIRO DANTAS**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180434604**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **20/05/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00355/00356 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13430719





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

047.403.624-30

Nome completo da vítima

Joanita Neves Araújo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Joanita Neves Araújo	CPF titular da conta	047.403.624-30	Profissão	agricultora
Endereço	Rua Santos Dumont	Número	43	Complemento	
Bairro	Maria Faustino	Cidade	Nova Floresta	Estado	PB
Email		CEP	58.178-000	Telefone (DDD)	183/99912-5492

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECURSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)		☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0657	2	16996	X
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Picuí-PB, 25 de julho de 2018

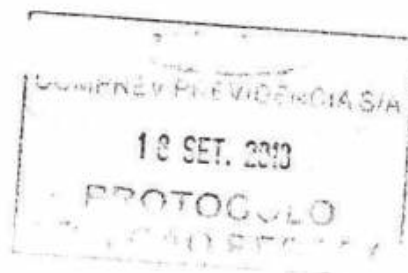
Local e Data

Joanita Neves Araújo

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PPF.001 V001/2017



OCORRÊNCIA POLICIAL VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 021/2018

Aos **17 de abril de 2018**, nesta cidade de **Nova Floresta**, Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil**, quando encontrava-se presente o Bel. **FERNANDO ANTONIO ZOCCOLA FERREIRA**, Delegado de Polícia Civil, comigo **LEANDRO R DE A AZEVEDO**, ao final assinado, ai, por volta das **15:01** horas, compareceu **JOANITA NEVES DE ARAÚJO**, conhecido(a) por **NITINHA**, nacionalidade **BRASILEIRA**, estado civil **SOLTEIRA**, profissão **AGRICULTORA**, grau de instrução **ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO**, com **43** anos de idade, nascido(a) aos **23/06/1975** em **ARARUNA – PB**, filho(a) de **MARIA DAS NEVES ARAÚJO** e **PAI NÃO CONSTA**, portador(a) de Cédula de Identidade Nº **2.411.050 2ª VIA**, expedido pela **SSP/PB** e C.P.F. de Nº **047.403.624-30**, residindo no seguinte endereço **RUA SANTOS DUMONT 43**, bairro **MARIA FAUSTINO**, cidade de **NOVA FLORESTA – PB**, telefone: () , celular: **(83) 9.9613-9028**, 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 REGISTRO:

QUE, no dia 20/05/2018, por volta das 17:00 horas, a noticiante trafegava na MOTOCICLETA HONDA/POP 110 TITAN, ANO/MODELO 2016/2016 PLACA QFX8756/PB, COR VERMELHA, CHASSI 9C2JB0100GR208478, CÓDIGO RENAVAL 0112050004-1, LICENCIADA EM NOME DE DARLENE PEREIRA GABRIEL, no centro da cidade de Cuité/PB, próximo a Igreja Matriz, quando foi surpreendida por um cão que atravessava a avenida, a noticiante tentou desviar do animal, mas foi tudo ocorreu tão repentino que não deu tempo e a mesma acabou perdendo o controle da motocicleta e vindo a cair no asfalto; QUE, foi socorrida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU, que realizou os primeiros socorros, e foi levado para Hospital da cidade de Cuité/PB, mas devido as gravidades das lesões foi encaminhada para o Hospital de Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetida a procedimento cirúrgico na face; QUE, segundo laudo médico apresentado pela noticiante, a mesma sofreu várias lesões na face como afundamento em hemiface e limitação de abertura facial; QUE, passou nove dias internada no Trauma de Campina Grande; QUE, ficou impossibilitada de exercer suas funções profissionais por mais de trinta dias em decorrência do acidente que sofrera. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.**

TESTEMUNHAS:

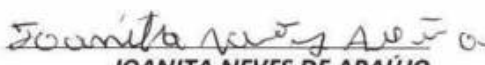
1 – Nome: LUCIENE LINS DA COSTA, R.G. n.º 2623899 SSP/PB, C.P.F. n.º 053.951.644-99.

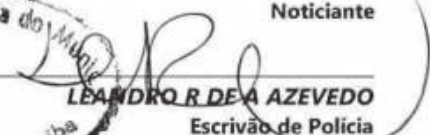
Endereço: RUA SANTOS DUMONT S/N - CENTRO - NOVA FLORESTA/PB.

2 – Nome: JOSEILTON DA SILVA SANTOS, R.G. n.º 2502353 SSP/PB, C.P.F. n.º 057.154.724-90.

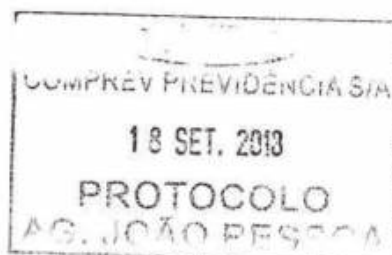
Endereço: RUA SANTOS DUMONT 29 MARIA FAUSTINO - NOVA FLORESTA/PB.

Nova Floresta/PB, 18 de julho de 2018.


JOANITA NEVES DE ARAÚJO
Noticiante


LEANDRO R DE A AZEVEDO
Escrivão de Polícia




COMARCA DE NOVA FLORESTA - PARAÍBA
18 SET. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima JOANITA NEVES ALBUQUERQUE	CPF da Vítima 047 403 624-30	Data do Acidente 20/05/18
---	--	-------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

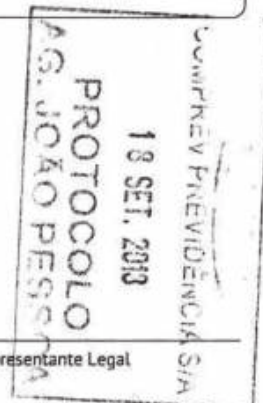
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Picuí-PB, 13 de SETEMBRO de 2018
Local e Data

Joanita Neves Albuquerque

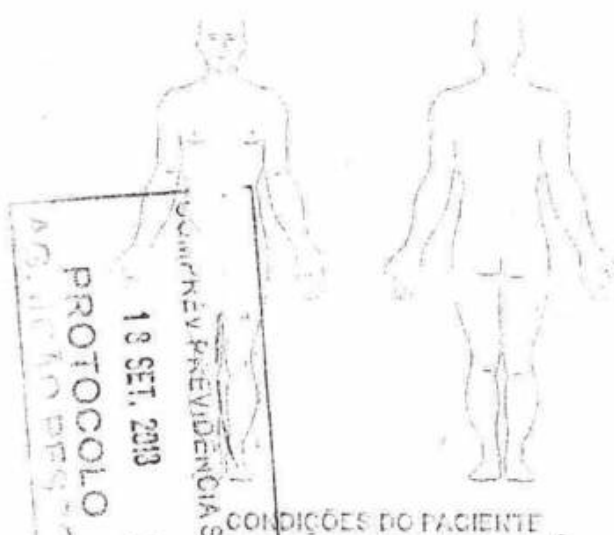
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALI001 V001/2017





PROTÓCOLO
18 SET. 2013
CONDIÇÕES DO PACIENTE

Vitima - 42 anos, sofreu queda de alto
apresentando lesões traumáticas em superfícies
do dorso e membros M.E. Com contusões
avulsões, lacerações, hematomas, sinais
de fratura. Foi regulado e encaminhado
para o hospital local. Os SIVV
preservados e sem alterações.

Capt. Cezar Silva Spinelli
ENFERMEIRO
COREN 899745

ESCALA DE COMA GLASGOW		
	ADULTOS	MEIORES DE 5 ANOS
ABERTURA OCULAR	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente
	Com Estímulos Auditivos	Com Estímulos Auditivos
	Com Estímulos Dolorosos	Com Estímulos Dolorosos
ABERTURA ORAL	Não Abre os Olhos	Não Abre os Olhos
	Orientado	Bolha
	Confuso	Choro Intenso
RESPOSTA MOTORA	Postura Inapropriada	Choro e dor
	Sinais ou Gestos	Gemido e dor
	Nenhuma	Nenhuma
RESPOSTA A DOR	Obediente	Movimentos Espontâneos
	Localiza Dor	Retrair as Mãos
	Flacidez Normal	Retrair e Dor
RESPOSTA A DOR	Flexão Anormal	Flexão Normal
	Estímulo a Dor	Flexão Anormal
	Nenhuma	Nenhuma
ESCALA DE COMA GLASGOW		

ESCALA DE COMA GLASGOW		
	ADULTOS	MEIORES DE 5 ANOS
ABERTURA OCULAR	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente
	Com Estímulos Auditivos	Com Estímulos Auditivos
	Com Estímulos Dolorosos	Com Estímulos Dolorosos
ABERTURA ORAL	Não Abre os Olhos	Não Abre os Olhos
	Orientado	Bolha
	Confuso	Choro Intenso
RESPOSTA MOTORA	Postura Inapropriada	Choro e dor
	Sinais ou Gestos	Gemido e dor
	Nenhuma	Nenhuma
RESPOSTA A DOR	Obediente	Movimentos Espontâneos
	Localiza Dor	Retrair as Mãos
	Flacidez Normal	Retrair e Dor
RESPOSTA A DOR	Flexão Anormal	Flexão Normal
	Estímulo a Dor	Flexão Anormal
	Nenhuma	Nenhuma
ESCALA DE COMA GLASGOW		

FICHA
SAÚDE - SERVIÇO

Nº 1696750

ALCOOL (Regulador) Di. (r) Jax

ATIVIDADE: ☒ SOCORRO

Localidade: Curitiba

Município de Origem: Curitiba

Sexo: ☒ FEMININO ☐ MASCULINO

Idade: 42

Nome: Joacina - Nax

Profissão: Professora

Estado de Consciência: ☒ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Inconsciente ☐ Extor

Resposta: ☒ Espontânea ☐ Superficial ☐ Irregular ☐ Não Responde ☐ Não Sabes

Tempo de Leito de Fato: ☐ 01 - Dor / 15 min ☐ 1 - 3 - Dor / 15 min ☐ 3 - 5 - Dor / 15 min ☐ Não Sabe ☐ Não Responde ☐ Não Sabes

Gravidade Presumida: ☒ Leve ☐ Moderada ☐ Grave

Meios: ☒ USG ☐ RAX ☐ RX

Horários: 14h 17

Equipe: ☐ Corpo de Bombeiros ☐ GPRAN ☐ STIRANS

Incidente: ☐ Cancelado ☐ Fecusou Atendimento ☐ Não se Encontra no Local

ACIDENTE DE TRABALHO SIM ☐ NÃO ☐ SUSPEITO ☐

☐ Acidente com Automóvel ☐ Uso do Citar ☐ Agressão Física ☐ Vítima Projétil ☐ Enclausramento ☐ Afogamento ☐ Quitar ☐

☐ Capotamento ☐ Não ☐ Fer. F. Am. Branco ☐ Fer. F. Am. de Fogo ☐ Exatamento ☐ Quitar ☐

☐ Colisão ☐ Ignorado ☐ Acidente com tráfego ☐ Com. Capoteado ☐ Sem Capacidade ☐ Quitar ☐

☐ Motorista ☐ Com. Capoteado ☐ Quitar ☐

☐ Atropelamento ☐ Sem Capacidade ☐ Quitar ☐

☐ "Air Bag" ☐ Quitar ☐

☐ Passagem ☐ Quitar ☐

☐ Banco Danado ☐ Quitar ☐

☐ Erro Técnico ☐ Quitar ☐

AValiação Primária

Vida Aparente	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AV. NEUROLÓGICA
☐ Di-ápnéa	☐ M. V. Diminuído	☐ Bradicardia	☐ A.V.D.N.
☐ Bradipnéa	☐ M. V. Ausente	☐ Taquicardia	☐ Mioses
☐ Traqueopnéa	☐ Hipertimipnéa	☐ Arritmico	☐ Anisocoria
☐ Fesp. Ruidosa	☐ Mucosos	☐ Perist. Periférico 2/2	☐ Ausente
☐ Obstruída	☐ Fenda Aspirativa	☐ Ausente	☐ Obtenido
☐ Apnéia	☐ Presente	☐ Ausente	☐ Otorrágica
☒ Outra	☐ Ausente	☒ normocrânio	☐ Ruidosa

SINAIS VITAIS E ESCORES

HORA	PA	FC	FR	SC	T.A.	Glicém.	Exame Glicém.	APGAR
15:00	110	90	18	96	35,2	84		

AValiação Secundária

PELE	CABECA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX	ABDOM.
☐ Hematomado	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão
☐ Queimadura	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações	☐ Escoriações
☐ Hemorragia	☐ Lacerações	☒ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações	☐ Lacerações
☐ Fer.	☐ Hematoma	☐ Hematoma	☐ Hematoma	☐ Hematoma	☐ Hematoma
☐ Úlcera	☐ Abertura	☐ Decep. de Traqueia	☐ Decep. de Traqueia	☐ Rng. Paradoxa	☐ En. tórax
☐ Seda	☐ Fer. Penetrante	☐ Ferimento Goleto	☐ Ferimento Sul-Cutâneo	☐ Tamp. anormal	☐ Distensão
☐ Cianose					☐ Evaporação

PULVE	COLUMA DORSAL	MEMBROS
☐ Contusão	☐ Contusão	☐ Contusão
☐ Escoriações	☐ Hematoma	☒ Escoriações MSE
☐ Lacerações	☐ Dor	☐ Luxação
☐ Dor		
☐ Instabilidade		

AValiação Cardíaca

AV. CARDÍACA	AFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PROGRESSA
☐ Ritmo Sinusal	☐ Hipertensão	☐ Diabetes
☐ Taquicardia	☐ Hipotensão	☐ Cardiopatia
☐ Fibril	☐ Pericardite	☐ HAS
☐ Bradicardia	☐ Metabólica	☐ Alergia
☐ Fibrilação Atrial	☐ Cardiovascular	☐ Outras
☐ Fibrilação Ventricular	☐ Digestiva	☐ Medicamento em uso
☐ Arritmia	☐ Infecção	
	☐ Ovariano	
	☐ Pedículo	
	☐ Outros	

GRAVIDADE ☒ ILESO ☐ FEQUENA ☐ MÉDIA

PRECEDENTES DE ATENDIMENTO

☐ Clínicas ☐ Admissão de Via Férrea ☐ Clínicas / Local / Oportunidade ☐ Exatamento / Traqueia ☐ Via Oral ☐ Via Nasal ☐ Otorrinolaringologia ☐ Função Ventral ☐ Derivado Ventral

TRATAMENTO INICIAL

REPOSIÇÃO VOLUME	VOLUME
INFE. LACTATO	500
SOL. FISIOLÓGICO 0,9%	
SOL. GLICOSEADO 5,0%	
OUTRO	

DESTINO DO PACIENTE

☒ HOSF. MUNICIPAL DE CU ☐ FAP ☐ CLIPS ☐ HOSF. UNIVERSITÁRIO ☐ UPA ☐ ISEA

PERTENCES DO PACIENTE

☐ Denteira ☐ Nome do Receptor ☐ Função do Receptor ☐ Assinatura do Receptor

TERMO DE RECUSA

Declaro para todos os fins pelo SAMU /Campins Gra

Assinatura do paciente responsável

DIURE



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-vida de conta.

Bolero para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 011.254.350



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOANITA NEVES ARAUJO
RUA SANTOS DUMONT 43
NOVA FLORESTA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/351534-3

REFERÊNCIA

AGO/2018

APRESENTAÇÃO

21/08/2018

CONSUMO

47

VENCIMENTO

29/08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 15,30

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JOANITA NEVES ARAUJO

Roteiro: 11-106-335-1940

83690000000-8 15300054000-2 03515342018-3 08600106019-2

VENCIMENTO

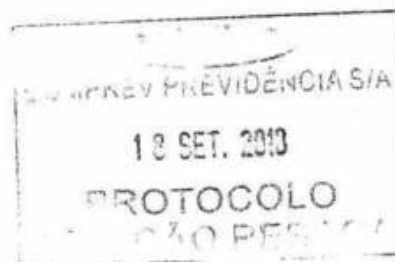
29/08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 15,30

MATRÍCULA

351534-2018-08-6



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 11:10:18

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060111101794800000041752301>

Número do documento: 21060111101794800000041752301

Num. 43910101 - Pág. 9

Num. 43910101 - Pág. 10

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOANITA NEVES AMOJO inscrito (a) no CPF sob o Nº 047403624 / 30, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOANITA NEVES AMOJO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047403624 / 30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço Rua Roldão Zacarias de Macedo		Número 145	Complemento casa
Bairro JK	Cidade Picuí	Estado PB	CEP 58187-000
Email nilotdantas@hotmail.com		Telefone comercial(DDD) (83)33712274	Telefone celular (DDD) (83) 999125490

Picuí/PB, 17 de Setembro de 2018
Local e Data


Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Darlene Pereira Gabriel,
RG nº 3.840.626, data de expedição 22/03/2010,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 106.495.564-96, com
domicílio na cidade de Cuité, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Genival Jenezes Furtado, nº 561,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Joanita Neves Araújo, cujo o condutor era
a mesma.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda IPDP

Ano: 2016

Placa: QFX 87561/PB

Chassi: 9C28B0100GR 208478

Data do Acidente: 20.05.2018

Local e Data: Picuí - PB, 24 de julho de 2018

Darlene Pereira Gabriel
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVIÇO NOT. E REGISTRO CIVIL
Rua Prof. Felinto Florentino, 605
Centro - Tel: (83) 3374-1414
NOVA FLORESTA - PB

Reconheço a(s) firma(s) e a(s) por autenticidade
de: Darlene Pereira Gabriel

AHG55829 - M5GV

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Outro Teste (

) da verdade.

Nova Floresta - PB

Eliana Clementino Pereira
Escrivente Substituta

Serviço Not. e Registro Civil
Eliana Clementino Pereira
Escrivã Substituta
Nova Floresta - Comarca de Cuité - PB

IMPRESSO PREVIDENCIÁRIO
18 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

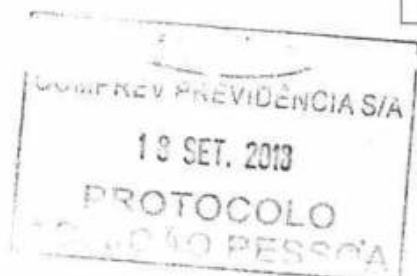




RELATÓRIO DE ENFERMA

NOME: Joanildo Neves de Araujo IDADE: 42 DATA: 18

HORA	MEDICAÇÃO	QUEIXAS
18:59	595.1.500ml dipirona + plavix	paciente trazida pela apoio acidente de moto com escoriações, foi zurdos, uma salivaria Sanguinolenta foi medi a seguir a enfermidade equipe
		Elaine Araújo dos Santos COREN-PB 001277370-15
19:00		paciente em estado de choque, com sinais de vitalidade de hipotensão





Estado da Paraíba
Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MUNICIPAL DE CUTÉ
CNPJ: 11.404.674/0001-78

Eu, Joanilda Neres de Araújo
nacionalidade _____, estado civil viúvel.

Inscrito no CPF sob o nº. 1*, residente e domiciliado à

Rua Santos do Dumont
cidade Paraíba estado P.B.

na qualidade de: ☒ paciente () responsável e representante legal (grau de parentesco: _____), declaro que fui devidamente informado pelo Médico

Dr. (a) _____ CRM/ _____

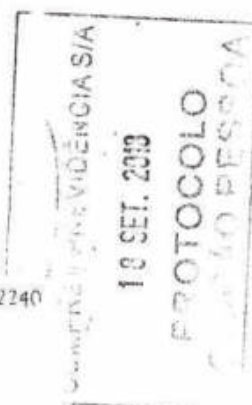
nº _____, sobre os riscos decorrentes da interrupção/ abandono de tratamento médico-hospitalar. Ainda, assim optei, por deixar o Hospital Municipal de Cuté às 19:30 horas do dia 20 / 05 / 2018.

Joanilda Neres de Araújo

Assinatura

Rua 15 de Novembro, nº. 160
Barro: Centro

(83) 3372-2240





ESTADO
SECRETARIA DE
HOSPITAL DE TR
GONZAGA FE
LABORATÓRIO DE

Sr(a): JOANITA NEVES ARAUJO
Dr(a): YVRY DE PAIVA CAMARA
Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FER

HEMOGRAMA

(DATA DA COLETA: 02/06/2021 11:37)

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos.....
Hemoglobina.....
Hematócrito.....
V.C.M.....
H.C.M.....
C.H.C.M.....

SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....

Neutrófilos.....

Primitivos.....

Mielócitos.....

Metamielócitos.....

Bastonetos.....

Segmentados.....

Eosinófilos.....

Bastões.....

Linfócitos.....

Tipicos.....

Atipicos.....

Monócitos.....

CONTAGEM DE PLAQUETAS.....

OBSERVAÇÕES.....

Este laudo foi assinado digitalmente





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS



SUS
Sistema
Único
de
Saúde

Sr(a): JOANITA NEVES ARAUJO
Data: 30-05-2018 16:14
Condição: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
Protocolo: 0090406109
Idade: 42 anos
Origem: AREA AMPLIA
Destino: Lata 10

GLICOSE (JEJUM)

91 mg/dl

(DATA DE POSTA: 30/05/2018 16:14)
Método: Plasma
Método: Automático em 240 minutos

Unidade de Referência:
Glicose em jejum: 70 a 100 mg/dL
Glicose pós-prandial: 50 a 85 mg/dL
Hemoglobina glicada: 5,7 a 6,4%
Hemoglobina glicada: 5,7 a 6,4%
Hemoglobina glicada: 5,7 a 6,4%
Hemoglobina glicada: 5,7 a 6,4%
Hemoglobina glicada: 5,7 a 6,4%
Hemoglobina glicada: 5,7 a 6,4%
Hemoglobina glicada: 5,7 a 6,4%
Hemoglobina glicada: 5,7 a 6,4%
Hemoglobina glicada: 5,7 a 6,4%

Suelio Moreira Torres
Suelio Moreira Torres
Diretor
CRM-764



ESTADO
SECRETARIA DE
HOSPITAL DE T
GONZAGA FI
LABORATÓRIO DE

Sr(a): JOANITA NEVES ARAUJO
Data: 30-05-2018 16:12
Condição: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FER

HEMOGRAMA

(DATA DE COLETA: 30/05/2018 16:12)

Res

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos
Hemoglobina
Hematócrito
V.C.M.
H.C.M.
C.B.C.M.

SÉRIE BRANCA

Leucócitos

Neutrófilos
Linfócitos
Monócitos
Eosinófilos
Basófilos
Plaquetas
Tipos
Atípicos
Hemácias
CONTAGEM DE PLAQUETAS

30

OBSERVAÇÕES

Contag

Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 565A-2587-229C-CBA0-742A-A65D-9EB7-676A



PNCQ
Programa Nacional
de Controle de Qualidade

Este laudo foi assinado digitalmente





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ES
Hospital de Emergência

AVALIAÇÃO CARDIO

NOME: Geonilda Nunes

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

☒ Assintomática () Sinto

SINTOMAS:

() Cefaléia () Tont
() Dispneia de esforço () Gra
() Palpitações () Méd
() Dor Precordial () Toss
Relacionada () Esforço () Emc

Comentários: _____

2 - DOENÇAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Hipe
() Diabetes Mellitus () Insu
() Arritmias () Insu

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

☒ Alergia a Medicamentos: meio
☒ Feticismo () Cirú
☒ Dislipidemia () Cirú

Medicamentos em uso ☒ Não () Sim

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral ☒ Bom () Regular

Ap. Cardiovascular - Comentários: PCR

FC: 91 b.p.m P.A.: _____

Ap. Respiratório - Comentários: _____

Abdômen - Comentários: _____

Membros Inferiores - Comentários: _____

5 - E.C.G.: normal

Ex. Laboratoriais: mg: 11,6 glic

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

☒ Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico N
☒ Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico
() Grau III - AVC e ECG - anormais (Indicado Monit
() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (A

Obs.: _____

PROTÓCOLO

18 SET. 2013

COMPANHIA DE ENFERMAGEM S/A



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA
HOSPITAL DE

RES
(REFERÊNCIA)

NOME: *João Antônio de Almeida*
NATURALIDADE:
ADMISSÃO: *30/05/18*

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese)
*Paciente com apendicite aguda
história de dor no abdômen*

2. Resultado dos principais exames
Exames feitos de urgência

3. Evolução e complicações
NENHUMA

4. Terapêutica realizada
Tratado com antibiótico

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)
Apêndice agudo

6. Orientações médicas para pacientes / egresso
*- Repouso absoluto
- Dieta líquida por 2 dias
- Paracetamol
- Retorno para avaliação*

7. Condições de alta
☐ Curado ☐ A pedido
☐ Transferido para:

Campina Grande, *17* de *junho* de *2018*

MOD. 838

COMPRÉV PREVIDÊNCIA S/A
18 SET. 2018
PROTOCOLO
N.º 1040 EF5000

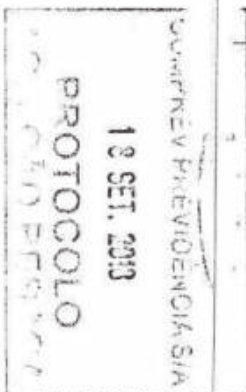


**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2	/	
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS		

Alta
RPA

Assinatura do anestesista

**Folha de Sala - R**Paciente: Santa Helena
Gonçalves
Procedimento: RPA

Cirurgião: Dr. Rafael Au

Início: 11:00 Tér

Hora	PA	Pulso	SAT
12:40	100/111	63	97
13:00	90/61	59	97
13:30	88/87	60	98

Medicamentos/Materiais

O. Claudio Santos

Observações:

Assinatura Anestesista

Re



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
13 SET. 2013
PROTOCOLO

NOTA DE SAL		
PACIENTE: <u>Joanilda Neres Araújo</u>		
QI	LEITE	CONVÊNIO
		<u>SUS</u>
CIRURGIA: <u>Redução de Anco Ligamentar</u>		
ANESTESIA: <u>Sedação</u>		
INSTRUMENTADORA		DATA
		<u>06/16/18</u>
Qnt.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Balanço
	Adrenalina amp.	Cat. 05
	Atropina amp.	Cat. 05
	Diazepam amp.	Cat. 05
	Duocore amp.	Cat. 05
	Dolantina amp.	Cat. 05
	<u>10 ml Propofol</u>	Cat. 05
	Fenagran amp.	Cat. 05
	Fentaniil ml	Cat. 05
<u>01</u>	<u>10 ml Hypocain 4%</u>	Cat. 05
	Ketalar ml	Cat. 05
	Morfinina 1% ml	Cat. 05
	Naloxon amp.	Cat. 05
	Paralun amp.	Cat. 05
	Propofol amp.	Cat. 05
	Propofol 10%	Cat. 05
	Quelidol ml	Cat. 05
	Rapten amp.	Cat. 05
	Thiopenbital ml	Cat. 05
	Tracrium amp.	Cat. 05
Qnt.	MEDICAÇÕES	Balanço
	Agua Destilada amp.	Cat. 05
	Dexadron amp.	Cat. 05
	Diprino amp.	Cat. 05
	Flaxidol amp.	Cat. 05
	Fluocortid amp.	Cat. 05
	Geromidol amp.	Cat. 05
	Glicose amp.	Cat. 05
	Glicon de Calcio amp.	Cat. 05
	Isotegon ml	Cat. 05
	Hopazent ml	Cat. 05
	Insulina amp.	Cat. 05
	Lava amp.	Cat. 05
	Martindolol	Cat. 05
	Mast amp.	Cat. 05
	Prolamina	Cat. 05
	Roncan amp.	Cat. 05
	Solutran amp.	Cat. 05
	Calcetone 1g	Cat. 05
Qnt.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Balanço
	Agulha desc. 25 x 7	Cat. 05
	Agulha desc. 25 x 28	Cat. 05
	Agulha desc. 1 x 4,5	Cat. 05
	Agulha p/ raque n°	Cat. 05
	Alcool de Etila 70%	Cat. 05
	Alcool Iodado ml	Cat. 05
	Aladur de Crezon	Cat. 05
	Aladur de Gessoda	Cat. 05
	Amul mediano amp.	Cat. 05
	Benzina ml	Cat. 05





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA
HOSPITAL DE E

Nome do Paciente	
Jociana Maria Araújo	
Data da Operação	
06/06/18	
Operador	Rafael Costa
2º Auxiliar	João Eduardo
3º A	
Anestesia	Criviana
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura
Tipo de Operação	
Redução de Fratura	
Diagnóstico Pós-Operatório	Curado
Relatório Imediato da Patologia	N
Exame Radiológico no Ato	N
Acidente Durante a Operação	N

DESCRIÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras -
1 Paciente em DDH sob sedação
2 Anestesia + oxigenação de O2
3 Infiltração analgésica
4 Redução de fratura com
5 sutura
6 Curativo
7 paciente acordado

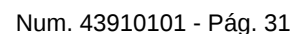
RELATÓ

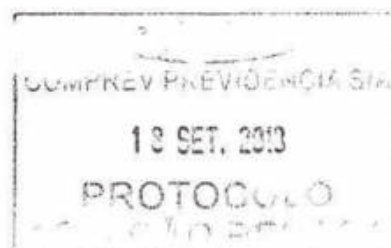
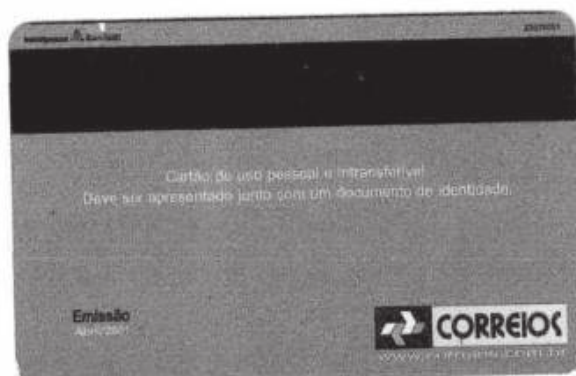
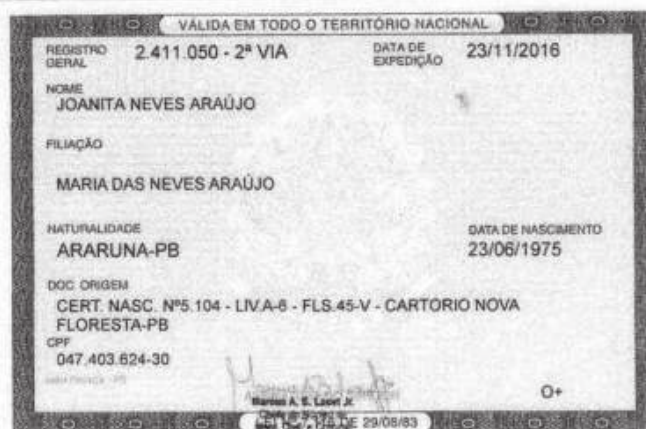
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 11:10:18

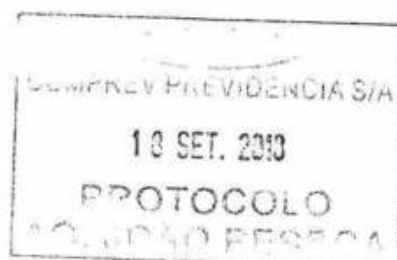
18 SET. 2013

PROTOCOLO



[illegible]





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013814464930
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM PRT 20181100001463-4
0112050004-1 00/00000000 2018

NOME
DARLENE FERREIRA GABRIEL

OFF/CNPJ 10649556496 PLACA QFX8756/PB

PLACA ANT/UF NOVO PB 9C2JB0100GR208478

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I ANO FAB 2016 ANO MOD 2016

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

COTA UNICA IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º
FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2º
0 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
00000000 SEGURO P A G O 16/05/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

LOCAL CUITÉ-PB DATA 23/05/2018

16331 40886

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESAR DE
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013814464930 BILHETE DE SEGURO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 322 1304

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 23/05/2018

VIA 1 10649556496 PLACA QFX8756/PB

RENAVAM 0112050004-1 MARCA / MODELO HONDA / POP 110I

ANO FAB 2016 DT TARE 9 Nº CHASSI 9C2JB0100GR208478

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) *****

PAGAMENTO DATA DE PAGAMENTO 16/05/2018

☐ COTA UNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.828/0001-04
40886-1420362-20180520

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013814464930
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM PRT 20181100001463-4
0112050004-1 00/00000000

NOME/ENDEREÇO
DARLENE FERREIRA GABRIEL
RES RUA C M FURTADO 561 CASA
BRASILIO FONSECA
58176000 CUITÉ-PB

OFF/CNPJ 10649556496 PLACA QFX8756/PB

NOME ANTERIOR
EVANEIDE DE FÁTIMA BRAGA CORREIA

PLACA ANT/UF NOVO PB 9C2JB0100GR208478

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/POP 110I ANO FAB 2016 ANO MOD 2016

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

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N. Motor : JB01E0C208290

LOCAL CUITÉ-PB DATA 23/05/2018

16331 40886

18 SET. 2013
PROTOCOLO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434604

Cidade: Cuité

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOANITA NEVES ARAUJO

Data do acidente: 20/05/2018

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180434604 **Cidade:** Cuité **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOANITA NEVES ARAUJO **Data do acidente:** 20/05/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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



PROCURAÇÃO

Outorgante: Joamita Neves Araújo,
brasileiro(a), solteira, agricultora,
portador(a) do RG nº. 2.411.050 expedido por SSP/PB em
23/11/2016 e do CPF nº. 047.403.624-30, residente na (o)
Rua Santos Dumont - 43 - Maria Faustino
_____, município de Nova Floresta - PB, CEP _____.

Outorgado: **NILO TRIGUEIRO DANTAS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº. 13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº 047.951.774-65, residente e domiciliada na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí – PB. e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

Poderes: Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

Picuí - PB, 24 de julho de 2018.

Joamita Neves Araújo
outorgante

Reconhecido(a) o(s) firma(s) e o(s) carimbo(s) para autenticação
de Joamita Neves Araújo AHG55831 - JNJ1
Consulte a autenticidade em: <https://seidigital.tjpb.jus.br>
Doutor Teste [Assinatura] da verdade.
Nova Floresta - PB 24/7/2018
Eliana Clementino Pereira
Escriturante Substituta

Serviço Not. e Registro Civil
Eliana Clementino Pereira
Escriturante Substituta
Nova Floresta - Comarca de Cuité - PB

COMPREV PREVIDENCIA S/A
10 SET. 2018
PROTOCOLADO
JOÃO PESSOA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0342178/18

Vítima: JOANITA NEVES ARAUJO

CPF: 047.403.624-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOANITA NEVES ARAUJO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOANITA NEVES ARAUJO : 047.403.624-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2018
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

NILO TRIGUEIRO DANTAS

MARCELA DO CARMO DE LIMA





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

Processo n.º 08002201220198150161

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOANITA NEVES ARAUJO**, 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 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**.

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.

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

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.



Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CUITE, 27 de maio de 2021.

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 - 01/06/2021 11:10:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060111101871500000041752303>
Número do documento: 21060111101871500000041752303