



27/07/2021

Número: **0802793-35.2019.8.15.0351**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **19/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO (AUTOR)		ALANA MARTINS MARQUES NAVARRO (ADVOGADO) GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA (ADVOGADO) CAIO CHAVES ALVES PESSOA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46278 269	27/07/2021 10:49	<a href="#">Petição</a>	Petição
46278 270	27/07/2021 10:49	<a href="#">2721772_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02</a>	Outros Documentos
46278 272	27/07/2021 10:49	<a href="#">2721772_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190446867

Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00071/00072 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060036



Carta nº 14622506





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190446867

Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

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 14622507

Pag. 01511/01512 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190446867**

**Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO**

**Data do Acidente: 21/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000922**

Conta: **000009494-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 045.620.744-93 Nome completo da vítima: Maria Emanuella da Silva Torgine

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

Nome completo: Maria Emanuella da Silva Torgine CPF: 045.620.744-93

Profissão: Técnica de Emprego Endereço: R. Antônio Augusto Meindes Número: 419 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Antime Cidade: Oporó Estado: PB CEP: 58340-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**REDA 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) Op. 013

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 9494 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

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

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

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

Local e Data: João Pessoa - PB 03/07/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2º Nome: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
CPF: \_\_\_\_\_

25 JUL. 2019

PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, 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.

FPS.001 V001/2018







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
10ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ  
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.  
Telefone: (83) 3283-5949



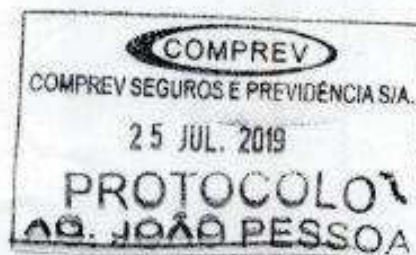
NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

## Ocorrência nº 736/2019

Aos VINTE E SEIS (26) dias do mês de ABRIL (04) do ano de Dois Mil e DEZENOVE (2019), nesta cidade de Sapé/PB, e na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Dr. **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES** comigo Escrivão, do seu cargo às 10h12min, compareceu, **MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO**, RG: 2.840.321-SSP/PB, brasileira, solteira, nascida aos 11/08/1982, natural de João Pessoa/PB, Técnica de Enfermagem, filha de José Sebastião Targino e de Maria Gilzemar da Silva, residente na Rua Antonio Augusto Meireles, nº 418, Bairro Centro - Sapé/PB. A QUAL FEZ O SEGUINTE REGISTRO: QUE no dia 21/01/19 por volta das 17h00min, na cidade de Sapé, no loteamento Jardim das Águas, a declarante vinha em UM VEÍCULO DE TIPO CAMINHÃO ABERTO de PLACAS MNN0047/PB, ANO 1987 DE COR CINZA, CHASSÍ 9BFKXXL52HDB53187 EM NOME DE PRISCILA PRAZERES DE LIMA, quando o mesmo faltou freio e capotou no local; QUE, a declarante foi socorrida para o Hospital de Trauma e lá foi submetida à uma cirurgia na perna direita, ficando internada durante 10 (DEZ) dias naquela unidade hospitalar; Que o referido veículo havia sido comprado recentemente pelo cônjuge da declarante, porém não havia passado pelo seu nome. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme.

Sapé, 26 de Abril de 2019.

NOTICIANTE: Maria Emanuella da Silva Targino





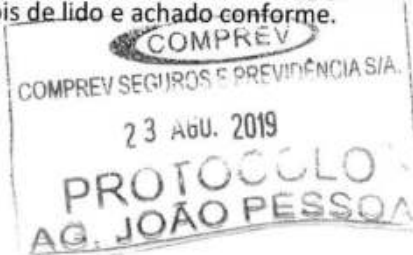
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
10ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ  
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.  
Telefone: (83) 3283-5949



NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO

## Ocorrência nº 736/2019

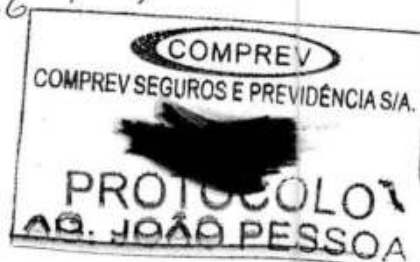
Aos VINTE E SEIS (26) dias do mês de ABRIL (04) do ano de Dois Mil e DEZENOVE (2019), nesta cidade de Sapé/PB, e na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, Dr. **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES** comigo Escrivão, do seu cargo às 10h12min, compareceu, **MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO**, RG: 2.840.321-SSP/PB, brasileira, solteira, nascida aos 11/08/1982, natural de João Pessoa/PB, Técnica de Enfermagem, filha de José Sebastião Targino e de Maria Gilzemar da Silva, residente na Rua Antonio Augusto Meireles, nº 418, Bairro Centro - Sapé/PB. A QUAL FEZ O SEGUINTE REGISTRO: QUE no dia 21/01/19 por volta das 17h00min, na cidade de Sapé, no loteamento Jardim das Águas, a declarante vinha em UM VEÍCULO DE TIPO CAMINHÃO ABERTO de PLACAS MNN0047/PB, ANO 1987 DE COR CINZA, CHASSÍ 9BFKXXL52HDB53187 EM NOME DE PRISCILA PRAZERES DE LIMA, quando o mesmo faltou freio e capotou no local; QUE, a declarante foi socorrida para o Hospital de Trauma e lá foi submetida à uma cirurgia na perna direita, ficando internada durante 10 (DEZ) dias naquela unidade hospitalar; Que o referido veículo havia sido comprado recentemente pelo cônjuge da declarante, porém não havia passado pelo seu nome. Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme.



Sapé, 26 de Abril de 2019.

NOTICIANTE: Maria Emanuella da Silva Targino

Escrivão de Polícia Civil Dr. Frederico Claudio de Melo Magalhães 1º Vice de Delegado





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 045.620.744-93 Nome completo da vítima: Maria Emanuella da Silva Torgino

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

Nome completo: Maria Emanuella da Silva Torgino CPF: 045.620.744-93

Profissão: Técnica de Emprego Endereço: R. Antônio Augusto Meindes Número: 419 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Antime Cidade: Oporó Estado: PB CEP: 58340-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

**REDA 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) Op. 013

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 9494 8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

**Autorizo a Seguradora 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

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

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

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

Local e Data: João Pessoa - PB 03/07/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2º Nome: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
CPF: \_\_\_\_\_

25 JUL. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, 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.**

FPS.001 V001/2018



**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Data: 21/01/19 ID da Ocorrência: 23295292 N.º Grupo: 47 Plantão: ☒ Dia ☐ Noite  
Hora de Saída da Base: 17:15 Hs Hora de Chegada no Local: 17:25 Hs  
Paciente / Usuário: Mede Emanuela da S. Fagundes Idade: 35 Anos Sexo: ☒ Feme ☐ Masculino Telefone: 993994802  
Local da Ocorrência: ☒ Sapé ☐ Mari ☐ Sobrado ☐ Riachão ☐ Outros: Barra  
Logradouro: Jardim das Águas Bairro: Barra Médico Regulador: Dr. J. J. J.  
Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três  
Apoio Local: ☒ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ SMTRANS ☐ CPTRAN ☐ Outros  
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evadiu-se do Local ☐ Trope ☐ Outros

**Documento de identificação do paciente:**

RG: \_\_\_\_\_; CPF: \_\_\_\_\_; CNS: \_\_\_\_\_

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO  
☒ TRAUMA  
Motivo: acoplamento caquinho

**TIPO DE AGRAVO**

<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Pediátrico
<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Desabamento / soterramento	<input type="checkbox"/> Caso clínico
<input type="checkbox"/> Eletrocussão	<input type="checkbox"/> Quase afogamento / afogamento
<input type="checkbox"/> F.A. B	<input type="checkbox"/> Queda _____ metros
<input type="checkbox"/> F.A.F (P.A.F)	<input type="checkbox"/> Queimaduras
<input type="checkbox"/> Gineco - obstétrico	<input type="checkbox"/> Outros: _____
<input type="checkbox"/> Lesões térmicas	

**ESCALA DE COMA DE GLASGOW**

Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Nota
3	5	6	15

**ANTECEDENTES**

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> Doença mental
<input type="checkbox"/> Alcoolismo	<input type="checkbox"/> Doença renal
<input type="checkbox"/> AVE	<input type="checkbox"/> Drogas
<input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão arterial
<input type="checkbox"/> Convulsão	<input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Medicamentos
<input type="checkbox"/> Doença Cardíaca	<input type="checkbox"/> Problemas respiratórios
<input type="checkbox"/> Doença Infecç. - contagiosa	<input type="checkbox"/> Outros

**TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM**

Serviço Médico: 1 - Trauma

**MOTIVO DO TRANSPORTE**

☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de maior complexidade ☐ transferência simples ☐ outro

**TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO**

Local: \_\_\_\_\_ Responsável: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

**Exame clínico (principais sintomas/queixas)**

Ac. apresentando provável fratura de fêmur + leve escoriações  
☐ agitação ☐ alergia ☐ Ausência de pulso (central) ☐ Cianose ☐ Convulsão ☐ Diarreia ☐ Dificuldade respiratória ☒ dor local perna D  
☐ febre ☐ Inconsciente / desmaio ☐ Palidez ☐ Sangramento ☐ Vômito ☐ outros

**1. DADOS VITAIS:**

PA. Sistólica: 120 PA. diastólica: 80 Pulso: 100 FC: 100 FR: 18 TEMP: \_\_\_\_\_ °C Glicemia: 167 SPO<sub>2</sub>: 99 Glasgow: 15

**2. VIA AÉREA**

☒ Livre ☐ obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo Estranho ☐ Bronco aspiração ☐ Edema de glote ☐ Obs.

**VENTILAÇÃO**

☒ Espontânea ☐ Parada respiratória ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular

**EXPANSIBILIDADE**

☒ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

**ACHADOS**

☐ Crepitação ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Expectoração ☐ Hemoptise ☐ Hemi

**3 - CIRCULAÇÃO**

☐ Cianose ☐ Fria ☐ Úmida ☒ Normal ☐ Palidez ☐ Queda

**EDEMA**



( ) Ausente ( ) Paiebral ( ) Membros Superiores (X) Membros Inferiores ( ) Anestesia  
**PERFUSÃO**

(X) Normal ( ) Retardada (> 2 seg) ( ) Ausente

**PULSO**

( ) Regular ( ) Irregular ( ) Fino (X) Chco ( ) Ausente

**ECG**

( ) Normal ( ) Alterado (X) Não realizado

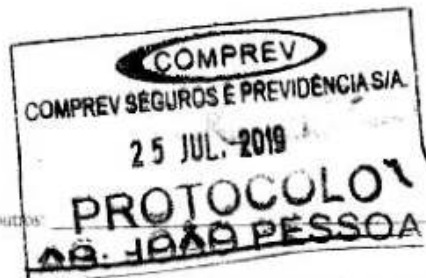
**4- EXAME NEUROLÓGICO**

(X) Agitação ( ) Sonolência ( ) Coma ( ) Convulsão ( ) Otorrágia ( ) Rigidez ( ) Músculo

**5- EXAME GINECO-OBSTÉTRICO**

( ) Abortamento ( ) Hemorragia vaginal ( ) Normal \_\_\_\_\_ Semana ( ) Trabalho de parto ( ) Outros

**6- DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO MÉDICA:**



**7- SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:**

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:**

(X) Ansiedade ( ) Capacidade adaptativa intracraniana diminuída ( ) Comunicação verbal prejudicada ( ) Confusão aguda ( ) Desambulação prejudicada ( ) Débito cardíaco diminuído ( ) Desobstrução ineficaz de vias aéreas ( ) Disreflexia autonômica ( ) Dor aguda ( ) Hipertermia ( ) Hipotermia ( ) Integridade da pele prejudicada ( ) Integridade tissular prejudicada (X) Medo ( ) Intolerância à atividade ( ) Mucosa oral prejudicada ( ) Padrão respiratório ineficaz ( ) Risco de Perfusão tissular cerebral ineficaz ( ) Perfusão tissular cardiopulmonar ineficaz ( ) Risco de Perfusão tissular gastrointestinal ineficaz ( ) Risco de Perfusão tissular renal ineficaz ( ) Termorregulação ineficaz ( ) Troca de gases prejudicada ( ) Ventilação espontânea prejudicada ( ) Volume de líquidos deficientes ( ) Volume de líquidos excessivo ( ) Náusea ( ) Retenção urinária ( ) Interação social prejudicada ( ) Incontinência intestinal ( ) Eliminação urinária prejudicada ( ) Constipação ( ) Outros:

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:**

chegar 55vv, aplicar protocolo de trauma  
reduzir AVP  
INTERVENÇÕES: chegar 55vv, protocolo de trauma aplicado,  
AVP reduzido

**EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS:**

Fomos acionados por um colega médico e fomos ao local. O paciente é do sexo masculino, 35 anos, com queimadura de 1º e 2º graus, com 10% da superfície corporal afetada. Foi realizado o atendimento de primeiros socorros e o paciente foi encaminhado para o hospital.

**8- EVOLUÇÃO/INTERCORRÊNCIAS MÉDICAS:**

Atenção: esta é a primeira vez que o paciente foi atendido.

**9- PROCEDIMENTOS**

( ) Desobstrução vias aéreas ( ) Intubação naso/orotraqueal ( ) Cânula Orotaringea ( ) Ventilação mecânica (manual AMBU) ( ) Respirador ( ) Inalação de oxigênio (O<sub>2</sub>) ( ) Drenagem torácica ( ) Massagem cardíaca externa ( ) Desfibrilação cardioversão ( ) Controle de hemorragia ( ) Curativo (X) Punção venosa ( ) Sonda gástrica ( ) Sonda vesical ( ) Sedação (X) Imobilização de membros (X) Colar cervical (X) Talas / tração ( ) Outros:

**10- MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM):**

5 horas de turno 3 médicos 1 Equipe 1 enfermeiro  
01 Gelo Nº 18, 6 graduros, 01 aparelho de oxigênio, 01 Sonda de aspiração

**ENCAMINHAMENTO**

1 amp. Fentanyl (3ml + AD) 01 equipe dist.

**POSICÃO DE TRANSPORTE**

(X) Decúbito dorsal ( ) Decúbito lateral ( ) Decúbito ventral ( ) Sentado ( ) Elevação de cabeça/cabeça

**RECUSO**

Nome:

Assinatura:

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE**

Médico:

Enfermeiro (a):

Téc. de Enfermagem:

Conduzir:

**PERTENCES DA VÍTIMA**

(X) NÃO  
( ) SIM

Objetos:

Assinatura do enfermeiro  
Kellen Isabela A. Soares  
Enfermeira  
COREN- 533300



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	04/09/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

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

CLIENTE: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000009494-8

---

---

Nr. da Autenticação F7CC3A3E72C0175C



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta

Rúbrica para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica Nº 027.345.418



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.095.183/0001-40 Insc. Est. 15.919.323-0

## DADOS DO CLIENTE

MARIA GILZEMAR DA SILVA TARGINO  
RUA ANTONIO AUGUSTO MEIRELES 418  
SAPE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/64464-1

## REFERÊNCIA

JUL/2019

## APRESENTAÇÃO

04/07/2019

## CONSUMO

143

## VENCIMENTO

11/07/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 136,92

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 03359.958174 2 79470000013692

Pagador: MARIA GILZEMAR DA SILVA TARGINO CNPJ/CPF: 040.999.334-15

RUA ANTONIO AUGUSTO MEIRELES 418 - CENTRO - SAPE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120003359958	000064464201907	11/07/2019	R\$ 136,92	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

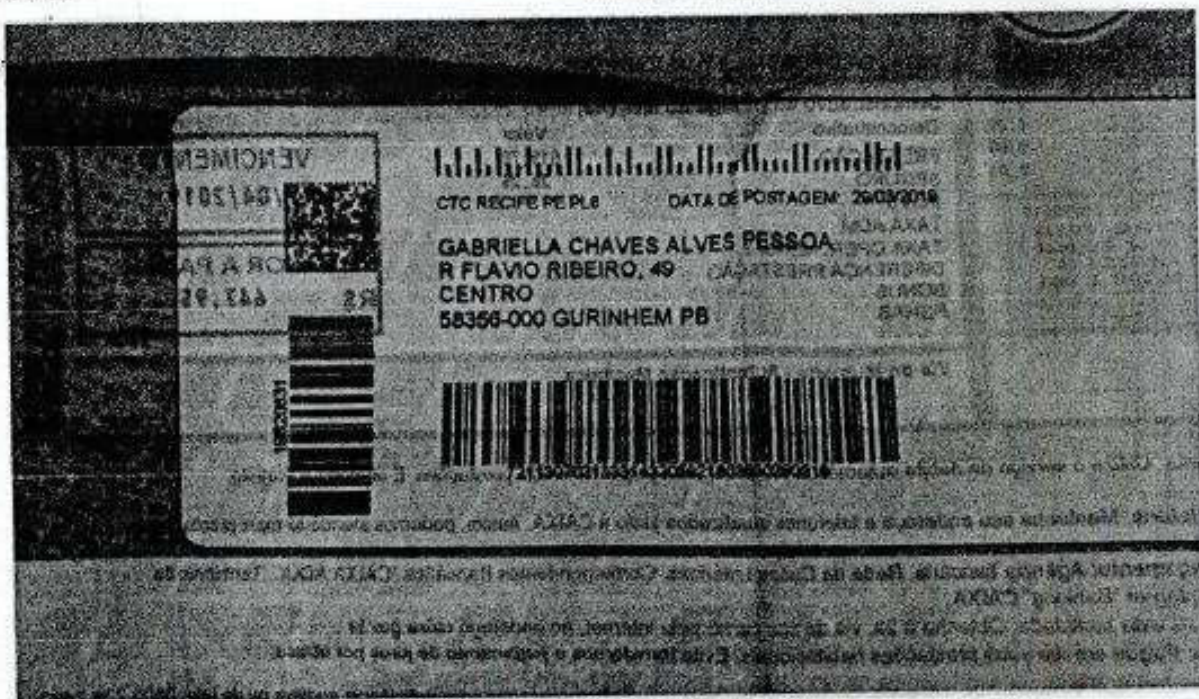
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3





19/06/2019

Email - Caixa - Outlook



outlook.live.com/mail/inbox/id/AQMKAADAwATY3ZmYAZS05N2I4LTRJZgtMDACLTAwCgBGAAADnVTRsy2BUmOqKgAljyztYHAMhSyp%... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>

Número do documento: 21072710495265200000043967393





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### 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 SUSEP 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.

\* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. \* CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.133/98.

Pelo exposto, eu Epheulla Chaves Alves Pereira Norberto  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 090456694, 39, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário  
Maria Emanuella da Silva Torgine inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.620.744, 93  
do sinistro de DPVAT cobertura Invólidez da Vítima Maria Emanuella da Silva Torgine  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.620.744, 93, 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. 293 do Código Penal.

Endereço: <u>R. Florio Ribeiro</u>	Número: <u>49</u>	Complemento: <u>— 1 —</u>
Bairro: <u>Antônio</u>	Cidade: <u>Guarabira</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58356-000</u>	Tel. (DDD): <u>— 4 —</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 03/07/19

Epheulla Chaves Alves Pereira Norberto  
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO  
DATA DE NASCIMENTO 11/08/82  
NOME DA MÃE MARIA GILZEMAR DA SILVA TARGINO

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 113579  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1137496  
DATA DO ATENDIMENTO 21/01/19  
HORA DO ATENDIMENTO 18:35  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE OUTOMÓVEL  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DIÁFISARIA DE FÊMUR DIREITO  
CID 10 S72.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR EM COXA DIREITA, DEVIDO A CAPOTAMENTO DE CARRO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA, INTERNADO

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX COXA DIREITA, PERNA DIR.  
EXAMES HE MATOLÓGICOS  
ECG com risco cirúrgico.  
USG(FAST)

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX COXA DIR. - FRATURA DE DIÁFISE DO FÊMUR DIR.

### TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO

ALTA HOSPITALAR: 30/01/19  
DATA DA EMISSÃO: 09/04/19



Elivaldo Sales de Toledo  
Cirurgião Geral  
CRM 1873/PB  
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO  
CRM: 1873/PB

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







## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Maria Emanuella da Silva Targino  
BE: 1137496

### II – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorandos, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras Instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

### III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º - O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB







## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES



Artigo 11 - Após a alta médica, o **paciente** deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12- Após a internação a **família do paciente ou o seu representante legal** deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02 (dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O **paciente ou o seu representante legal** os **profissionais da saúde** do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações: .....

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa 22.01.2019

RG: 2260335

Paciente - RG

Marina da Conceição Fagundes de Freitas

Representante Legal - RG



Av. Orestes Lisboa, s/n - Conj. Pedro Gondim - CEP: 58031-090 - João Pessoa - PB





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO</b>		BAE <b>1137496</b>	Data/Hora Entrada <b>21/01/2019 18:35:28</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>11/08/1982</b>	Idade <b>36a 5m 11d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>898004086517258</b>	Telefone de Contato <b>(83) 993994802</b>
Mãe <b>MARIA GILZEMAR DA SILVA TARGINO</b>		Prontuário		
Endereço <b>ANTONIO AUGUSTO MEIRELES, 418</b>		Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>SAPE</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>ACIDENTE AUTOMOBILISTICO (CAPOTAMENTO)</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE AUTOMOVEI</b>	Profissional <b>FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS</b>	Nº Cons. Regional <b>9603/</b>
Data/Hora Classificação <b>21/01/2019 18:35:28</b>		Data/Hora Prescrição <b>22/01/2019 00:46:40</b>		

## Anamnese

#ORTOPEDIA#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE CARRO, COM QUEIXA DE DOR INTENSA NA COXA ESQUERDA.

RX MOSTRA FRATURA TRANSVERSA NA DIAFISE DO FEMUR DIREITO.

CD.: AO CC PARA TRAÇÃO E INTERNAÇÃO PARA CIRURGIA.

STAFF: DR ANDRIER.

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAS &gt; 160 OU PAD &gt; 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS &gt; 160 OU PAD &gt; 110)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHA, EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT &lt; 60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT &lt; 60)

Boletim registrado por: IORDAN APOLINÁRIO FIGUEIREDO em 21/01/2019 18:36:29





AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 1,0 MG

HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, DURANTE 5 MIN(S)

### CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: TRAÇÃO COM 8KG)

### EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

REIA

GLICOSE

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

### Conduta

Internar Paciente

MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS  
(CRM: 98037)

Dr. Francinêlio Freitas  
Médico  
CRM: 98037  
3204579057800







SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

## LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTÍLIZOU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTILÍTIPO I☐ DIÁRIA DE UTILÍTIPO II☐ DIÁRIA DE UTILÍTIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QDDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QDDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QDDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

25 JUL. 2019

PROTUCULO  
AG. JOÃO PESSOA

Cx. 4,5

PLACA LARGA 10F DCP

Parafuso No 32 - 05

Contorno No 36 - 01

No 38 - 02

B. Braun - Agulha 25 - 16x0,50 mm

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - ASSINATURA

DATA DA SOLICITAÇÃO

28/01/19

MÉDICO

CRAM 11126

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

46 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)





# RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Maria Emmanuela do S. Targem BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: 36a Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 29.01.19  
 Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Exaturo Deapirica do fimen Deuto  
 Cirurgião: Dr. Gustavo 1º Assistente: Dr. Stephen  
 2º Assistente: Dr. Felipe R. 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Ex Deapirica do fimen Deuto</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tro. Liragico.</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim (x) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim (x) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(x) Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico



João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico/CRM: \_\_\_\_\_



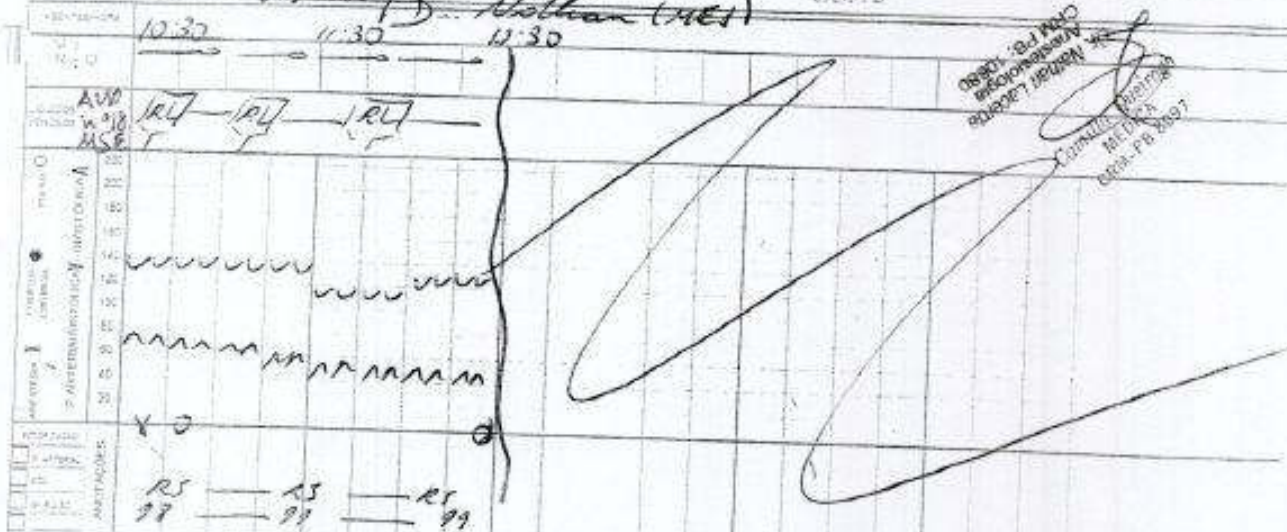






# FICHA DE ANESTESIA

PACIENTE: Maria Emmanuella da S. Targino DATA: 27/01/19 PRONTUÁRIO: 1137496  
 SEXO: F COR:  IDADE:   
 PRESSÃO ARTERIAL: PLISO RESPIRAÇÃO:  TEMPERATURA:  PESO:  GRUPO SANGÜÍNEO:   
 ESTADO GERAL: (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO  
 EXAMES COMPLEMENTARES: Exames  
 AP. RESPIRATÓRIO: Estável AP. CIRCULATÓRIO: Estável  
 AP. DIGESTIVO: Fígado ESTADO MENTAL: LOTE DROGAS EM USO:   
 PRE-ANESTÉSICO:  VÍDEO:  ESTADO FISIOLÓGICO:   
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de Disque de Fêmur Direito  
 CIRURGIA REALIZADA: Tratamento Cirúrgico de fratura de Fêmur Direito  
 CIRURGIÃO:  AUXILIARES:   
 INÍCIO DA ANESTESIA:  TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA:   
 CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:  QUANT. DE CH.:  VALORES RS:   
 ANESTESISTA: Dr. Lamiel CPF:  CRM-PB:



☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQUEIO ☐ BLOQUEIO NERVOS ☐ OUTROS: Sedação  
1. ASA + manutenção

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
1	Lidocaina 20g
2	Propofol 100mg
3	Fentanyl 100mcg
4	Midazolam 10mg
5	Atropina 60mg
6	Clonitina 25mg
7	Neostigmina 10mg
8	1mg 100mg
9	Neostigmina 10mg
10	Prolocaina 10mg
11	Adrenalina 10mg
12	Diprivan 10mg
13	Neostigmina 1mg
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

3. Caliente, plácida, oxigenio e antiespasmódico com nível 70%  
pressão intracraniana, média, 13-14, LPR+, sem fôlego de 7-8

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
 25 JUL. 2019  
 PROTOCOLO 1  
 AE. JOAO DE





# RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em D. O. M. sob anestesia  
 Propofol + Anti náusea  
 Preparação de campos estéril

Incisão:

Longitudinal antero medial do coto direito

Achados:

Fx descolada do fêmur direito

Conduta:

- o Redução anatómica aberta
- o Fixação com placa DCP largo de 10 furos  
com parafuso 08 unid. partículas
- o Gesso externo com SFO.97
- o Reclamação do plano e parte moles e pele
- o Teste por Scapula
- o Gesso estéril
- o Rx de controle
- 6 Imobilizações

Fechamento:



Observação:

Ab. emergencial com intervenção




Médico/CRM:



28.01.2019

ENGLASCIR.009-I



 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>		Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HEET SHL</b>			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b>				
1 - NOME DO PACIENTE <b>Ms. Emannela da Silva Targino</b>			2 - Nº DO PROCTURÁRIO <b>1137496</b>	
3 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			4 - DATA DE NASCIMENTO 5 - SEXO Male <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input checked="" type="checkbox"/> 3	
6 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL			7 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
8 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)			9 - CID, IBGE MUNICÍPIO - 10 - UF - 11 - CEP	
12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			13 - CID, IBGE MUNICÍPIO - 14 - UF - 15 - CEP	
16 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
17 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			18 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			20 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL			22 - CID 10 PRINCIPAL - 23 - CID 10 SECUNDÁRIO - 24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			26 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
27 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZAÇÃO DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			28 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II			29 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			31 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <b>Atestado: fno de Kato elum N: 4.0 (1)</b>				
<b>COMPREV</b>				
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <b>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A</b>				
38 - DOCUMENTO (CNS/CPT) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 39 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A</b>			42 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
43 - DOCUMENTO (CNS/CPT) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>45 JUL 2013</b>			44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
45 - COD. ORGÃO EMISSOR			46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <b>AG. JOÃO PESSOA</b>			48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - DOCUMENTO (CNS/CPT) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	







## RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO BE/PRONTUÁRIO: 1137496  
IDADE: 36 SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: \_\_\_\_\_ DATA: 22/1/2019  
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
CIRURGIA: TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA  
CIRURGIÃO: DR ANDRIER 1º ASS: MR1 FRANCINELIO  
2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: \_\_\_\_\_  
TIPO DE ANESTESIA: SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<b>FRATURA DIAFISÁRIA DO FEMUR DIREITO</b>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<b>PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA</b>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA

☐ TERAPIA INTENSIVA

☐ RESIDÊNCIA

☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_

DATA: 22/1/2019





Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE: **Maria Emanuelle da Silva Torquino**  
 IDADE: **36** ANOS  
 SEXO: **F**  
 CÍRURGIA: **Prost. Transurethral**  
 CÍRURGIA 2: **Prost. Transurethral**  
 ANESTESIA: **General**  
 ANESTESISTA: **Dr. Marcos Lima**  
 INSTRUMENTADOR: **Dr. Marcos Lima**  
 DATA: **21/07/19** TEMPO CIRÚRGICO: **22'58** ANESTESIA INICIADA: **22'58** CÍRURGIA INICIADA: **22'58**  
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA: ASA I (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)  
 ASA I ASA II ASA III ASA IV ASA V  
 LOCAL DE CONTAMINAÇÃO: LIMPA (CONTAMINADA) INFECTADA (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)

MEDICAMENTOS ANESTÉSICOS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL		JELCO Nº18		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT. GUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
HEMOBARKITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
PENTANIL		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
ROBUPIVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
ROBUPIVACAÍNA S/ VASO		LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
ADOCARNA C/ VASO		LUVAS ESTÉRIL Nº7,0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCARNA S/ VASO		LUVAS ESTÉRIL Nº7,5		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MIDAZOLAM		LUVAS ESTÉRIL Nº8,0		FIO SEDA Nº	
VOXERINA		LUVAS ESTÉRIL Nº8,5		FITA CARDEACA	
AMBUM		MASCARA CIRURGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PASCURONIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETIDINA		PERFORADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO	
PROPOFOL		SCALP Nº19		CLIP TITANIO LIQADURA	
RAMIPENTANIL		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURONIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEDMAN Nº	
SUXAMETONIO		SERINGA 10ML		FIO STEDMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICAMENTOS	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
ADRENALINA		CANULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
AGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGENIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
BIZACOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
AMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
PIRACINA SODICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA	
TEOINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	
FLUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS		SONDA URETRAL Nº	
GLICOSE SOL.		COMPRESSAS CIRURGICAS		TORNEIRINHA	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCAO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
LIDOCARNA GELEIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)	
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPONJA DE PVPI			
TENOXICAN		ESPALADRAPO			
		GAZES			
		GAZES ALGODOAAS			
		GEL ELETROLITICO			
		JELCO Nº14			
		JELCO Nº16			

EQUIPAMENTOS  
 ( ) ASPIRADOR  
 ( ) BISTURI ELÉTRICO  
 ( ) CAPNOGRAFO  
 ( ) CARDIOMONITOR  
 ( ) DESFIBRILADOR  
 ( ) FOCO AUXILIAR  
 ( ) FOCO CENTRAL  
 ( ) MICROSCOPIO  
 ( ) OXÍMETRO DE PULSO  
 ( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA  
 ( ) PERFORADOR ELÉTRICO  
 ( ) SERRA  
 CIRCULANTE

COMPREV  
 COMPREV SEGURANÇA PREVIDENCIA S/A.  
 21 JUL 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. 4040 PESSOA





Médico/CRM:

22/1/2019

Dr. Francisco Freitas  
Médico  
CNPJ 06.903.8603  
FONE 70403-5790/57800



MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

11/08/1982

ID: 000000086368

Sex: Female

36 years

HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Ac. Nb: 300002056498

Acq.: 22/01/2019

Acq.: 06:28:46.000337

20 cm

D

Frame: [1002] 2 / 2

Zoom: 25.64%

Window/Level: 1.023/511

CR (1760x2140)

Series Nb: 1001

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

25 JUL 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393>

Número do documento: 21072710495265200000043967393





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201931853269

Data Nas: 11/08/1982 - 36 anos

Paciente: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Data Exame: 22/01/2019

### RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA AP

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares tibiotalar e tibiofibular sem reduções expressivas.

\* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionado com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.

Este laudo foi liberado em 20/02/2019 11:02

*R.L.A.*  
Dra. Catarina A.R do Nascimento  
CRM: 6278 - PB

COMPRESSÃO E PUNÇÃO

25 JUL 2019

PROTOCOL  
Scanned with CamScanner  
AG. JOAO PESSOA





MARIA EMANUELLA DA SILVA, TARGINO

11/08/1982

ID: 000000086368

Sex: Female

36 years

HTOP

RX COXA BILATER

Ac. Nb: 300002073136

Acq.: 28/01/2019

Acq.: 13:52 28.000296

10 cm

Frame: [1] 1 / 1

Zoom: 10.54%

Window/Level: 1.024/512

CR (4280x3520)

Series Nb: 1



Scanned with CamScanner





Atendimento: 201931868188

Data Nasr: 11/08/1982 - 36 anos

Paciente: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

Data Exame: 28/01/2019

### RADIOGRAFIA DA COXA DIREITA

Osteossíntese femoral diáfisária mediodistal com haste e parafusos metálicos para fixação de fratura sem desvios do terço médio do fêmur, associada a aumento das partes moles locais.

\* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais e critério clínico.

Este laudo foi gerado em 28/01/2019 10:00

Dr. Catarina A.R. do Nascimento  
CRM 8278 - RB

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Scanned with CamScanner





# Lauda Médico/Resumo de Alta

8

Nome: Marcelo Guimarães da Silva N.º de RG: 1490000  
 Idade: 34 Sexo: M Clínica: Enf. 1 Leito 1  
 Data de admissão: 24/01/19 Alta: 30/01/19 Tempo de Permanência: 6 dias

Diagnóstico de Internação: Fatiga de rim

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico Secundário: nenhum

Principais exames:

Cirurgia realizada - data e equipe: nenhuma

Biópsia:

Anatomia patológica:

Infeção: sim ( ) não ( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )

Resultado bacteriológico:

Condição de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( ) A Revelia ( )

Resumo Clínico: história, evolução, terapêutica, complicações:

alta em bom estado clínico, sem sequelas

## Orientações Pós Alta

Dica:

Reposar: 10 dias

Retorno às atividades sem esforço físico em: 10 dias

Retorno às atividades com esforço físico leve, 10 dias e com maior em: 15 dias

Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se ocorrer dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hosp.

Medicação para casa:

Retorno:

Às postas de curas em: 10 dias para retirada de ponto.

Às consultas em: 10 dias para revisão.

Ass. Médica: Dr. João Pessoa

Este documento constitui a comprovação de atendimento hospitalar para: DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS.

MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

25 JUL 2019

Scanned with CamScanner



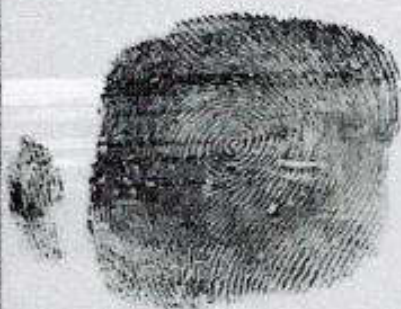


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

V-02  
P-123



*Apria Emanuella da Silva Targino*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Scanned with CamScanner



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.840.321 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 10/03/2015

NOME MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

FILIAÇÃO JOSÉ SEBASTIÃO TARGINO  
MARIA GILZEMAR DA SILVA TARGINO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 11/08/1982

DOC ORIGEM  
NASC.N.14375 FLS.73 LIV.15A  
CARTORIO SAPÉ PB

CPF 045.620.744-93

ASSINATURA DO DIRETOR

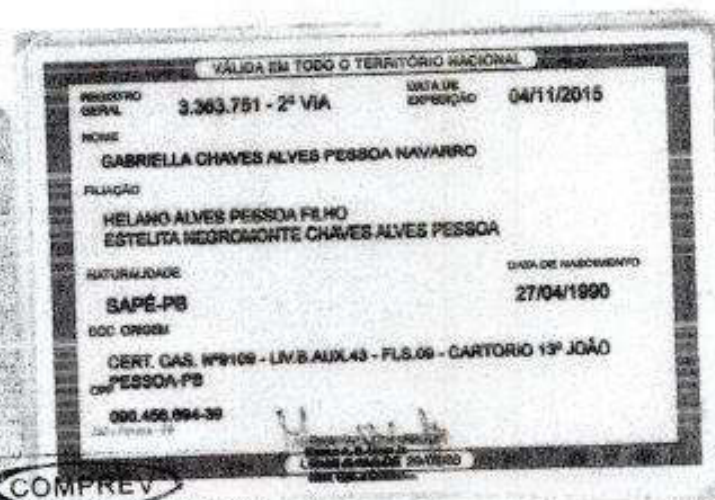
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



Scanned with CamScanner









Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495265200000043967393


Número do documento: 21072710495265200000043967393

Num. 46278270 - Pág. 37

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETTRAN - PB Nº 014201244799	
CERTIFICADO DE REGISTRO E VENCIMENTO DE VEÍCULO		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
1 0019075307-2 00/00000000 201		PB Nº 014201244799	
PRISCILA PRAZERES DE LIMA		ESTÉ 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 022 1204	
10324499426		10324499426	
VF6337 PE		9BFXXL52HDB53187	
CAR/CAMINHÃO/CARR. ABERT		DIESEL	
40.00T/93 /CV		PARTIC	
COTA ÚNICA 00/00/0000		VENC. COTAS 1 2 3	
PREMIO TOTAL (R\$) 00/00/0000		PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000	
DATA DE PAGAMENTO 25/09/2018		DATA DE CANCELAMENTO 25/09/2018	
OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES	
DE DOMINIO		DE DOMINIO	
2 BIXOS		2 BIXOS	
25 JUL 2018		25/09/2018	
PROTECOLO		PROTECOLO	
AD. JOÃO PESSOA		AD. JOÃO PESSOA	



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0253395/19

Número do Sinistro: 3190446867

Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

CPF: 045.620.744-93

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 21/01/2019

Titular do CPF: MARIA EMANUELLA DA  
SILVA TARGINO

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

### 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](http://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: 23/08/2019

Nome: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

CPF: 090.456.694-39

\_\_\_\_\_  
GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

  
\_\_\_\_\_  
NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190446867 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 30/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P.1(RELATÓRIO) P.5(BAM) P.11(CIRURGIA) P.16,18(IMAGEM) P.17,19(EXAME) P.20(ALTA)

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190446867 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA EMANUELLA DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS  
TARGINO

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

**Data da análise:** 30/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** P.1(RELATÓRIO) P.5(BAM) P.11(CIRURGIA) P.16,18(IMAGEM) P.17,19(EXAME) P.20(ALTA)

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Maria Emanuella da Silva Targino  
**NACIONALIDADE:** brasileira **ESTADO CIVIL:** solteira  
**PROFISSÃO:** técnica de enfermagem **Nº DO RG:** 2840321  
**ORGÃO EMISSOR:** SSP-PB **DATA DE EMISSÃO:** 10/03/2015  
**Nº CPF:** 045.620.744-93 **ENDEREÇO:** R. Antônio Augusto  
Meireles, nº 419, Centro, São-PB, cep nº 58340-000.

**OUTORGADO:** Aplicia Chaves Alves Pereira Navarro  
**NACIONALIDADE:** brasileira **ESTADO CIVIL:** casada  
**PROFISSÃO:** advogada **Nº DO RG:** 3363751  
**ORGÃO EMISSOR:** SSP-PB **DATA DE EMISSÃO:** 04/11/2015  
**Nº CPF:** 090.456.694-39 **ENDEREÇO:** R. Florio Ribeiro  
nº 49, Centro, Quinhém - PB, cep nº 58356-000.

### PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Maria Emanuella da Silva Targino, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

São-PB 01 de Julho de 20 19

Maria Emanuella da Silva Targino  
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



**Feliciano da Silva**  
Serviço Notarial e Registral

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO  
Em test. da verdade, São-PB 01/07/2019 16:02:43  
Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente  
[2019-004886] EMUL: R\$ 19,91 VALOR: R\$ 0,229 FÉRIAS: 1,98  
SELO DIGITAL: A2U68364-B330  
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.linb.com.br>

**CARTÓRIO ÚNICO**  
Saverina Luciana, Feliciano da Silva  
Tatiana Sousa  
de Lourdes Castro Gesteiro  
Exercício  
Av. Com. Petrólio Ribeiro Castilho, 1746  
Fone: (35) 3263-2544 / 3515-3165  
CEP: 58340-000 - São-PB

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
25 JUL. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0253395/19

**Vítima:** MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

**CPF:** 045.620.744-93

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

**Data do acidente:** 21/01/2019

**Titular do CPF:** MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO : 090.456.694-39

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

#### MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO : 045.620.744-93

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](http://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: 25/07/2019  
Nome: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO  
CPF: 090.456.694-39

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/07/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0253395/19

Número do Sinistro: 3190446867

Vítima: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

CPF: 045.620.744-93

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 21/01/2019

Titular do CPF: MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

### 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](http://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: 23/08/2019  
Nome: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO  
CPF: 090.456.694-39

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA







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

Processo n.º 08027933520198150351

**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 **MARIA EMANUELLA DA SILVA TARGINO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SAPE, 22 de julho 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:49:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710495335400000043967395>  
Número do documento: 21072710495335400000043967395