



Número: **0803720-55.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **20/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro, Indenização por Dano Material, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ISANETE DE ARAUJO MEIRA (AUTOR)		ERICKY PEDRO DE MELO PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32975090	06/08/2020 11:55	<a href="#">2739596_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



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, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200184554

Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Data do Acidente: 28/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISANETE DE ARAUJO MEIRA

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 15794361





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, 04 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200184554**

**Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA**

**Data do Acidente: 28/07/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ISANETE DE ARAUJO MEIRA**

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros  
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ISANETE DE ARAUJO MEIRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000001909**

Conta: **0000042993-3**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 497.696.344-68 4 - Nome completo da vítima: ISANETE DE ARAÚJO MEIRA

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

5 - Nome completo: ISANETE DE ARAÚJO MEIRA 6 - CPF: 497.696.344-68  
7 - Profissão: DIVULGADORA 8 - Endereço: RUA ODILON LÚCIO DE SOUZA 9 - Número: 16 10 - Complemento:  
11 - Bairro: MANGABEIRA I 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58056-420  
15 - E-mail: isanetemeira@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 99166-9485

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1909 00042993 3 AGÊNCIA: 00000000 00000000 00000000 00000000  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

## 22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 13 DE MAIO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Caixa Econômica Federal  
Caixa Aqui

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

08/05/2020 HORA: 09:21:48  
DATA EFETIVAÇÃO: 08/05  
CONJUNTO: 000606340  
OPERADOR: cm

AGÊNCIA: 1909  
CONTA: 013.00042993-3  
NOME: TSANETE DE ARAUJO MEIRA  
VALOR: 10,00  
COD OPERAÇÃO: 660536738

DISQUE CAIXA - 0800 726  
0101 OUVIDO  
RIA - 0800 725 7474

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVIS  
ÃO DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUT  
OS

SA: CAIXA: 0800 726 0101 (informações,  
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência**

**Nº 02127.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02127.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:18 horas do dia 23 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Isanete de Araújo Meira**, CPF nº 497.696.344-68, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Divulgadora, filho(a) de Anete Maria de Araújo e Inácio de Almeida Meira, natural de Boa Vista/PB, nascido(a) em 13/04/1965 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Odilon Lúcio de Souza, Nº 16, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Praça Coqueiral, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98613-9073.

**Dados do(s) Fatos:**

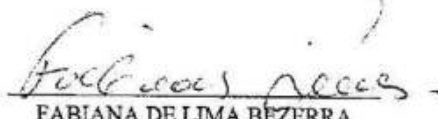
Local: Av. Josefa Taveira, Em Frente a Caixa Econômica Federal, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/07/17 12:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que ao atravessar a via na faixa de pedestres em frente a Caixa Econômica Federal foi atropelada por uma MOTO NÃO IDENTIFICADA, vindo em decorrência a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 17.11.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrida pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

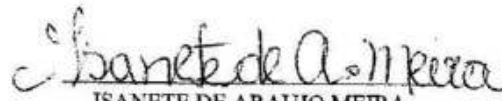
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 23 de novembro de 2017.



FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação



ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Noticiante

Procedimento Policial: 02127.01.2017.1.00.420



# 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: 29/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 000000042993-3

---

---

Nr. da Autenticação D915A0580A17C241





ISANETE DE ARAUJO MEIRA  
R ODILON LUCIO DE SOUZA 16  
MANGABEIRA  
58056-420 JOAO PESSOA PB

Acesse sua conta e outros serviços:  
No App Minha Claro  
Na internet - [minhaclaro.com.br](http://minhaclaro.com.br)  
Pelo celular \*1052#  
No Atendimento Claro 1052  
Para fatura em braille, ligue 1052  
Para deficientes auditivos, ligue 08000362323

Veja aqui o que está sendo cobrado:		
1. Plano Contratado	R\$	54,99
2. Itens Adicionais	R\$	11,99
<b>Total</b>	<b>R\$</b>	<b>66,98</b>

Período de Uso	Vencimento	
de 21/03/2020 a 20/04/2020	15/05/2020	
Valor pago na última conta: R\$ 54,99		Valor R\$
1. Plano Contratado	83 99166 9485	54,99
Oferta Conjunta Claro MIX		-
Aplicativos Digitais		-
Claro Controle 4GB + Minutos ilimitados (158)		-10,00
Desconto promocional		
Serviços incluídos no seu Plano		
Pacote de Dados Controle 4GB		
Sub Total - Plano Contratado		R\$ 54,99
2. Itens Adicionais	83 99166 9485	
Pacote adicional de Internet - 300MB	R\$ 11,99	
Sub Total - Itens Adicionais		R\$ 11,99
Total a Pagar		R\$ 66,98

Prezado Cliente,  
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Médica:  
Para uso do banco

**Claro**

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
ISANETE DE ARAUJO MEIRA	123994967	21/03/20 a 20/04/20	R\$ 66,98	15/05/20
	Claro NE DDD 81 a 89			

84880000000-0 | 66980221202-1 | 00515123994-1 | 96701118122-0



Autenticação Médica: assinaturas não seguras, debitar ou porfurar  
essa parte da fatura, para não danificar o código de barras.







 UNIDADE CONSUMIDORA (UC)  
5/216000-0

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 000021800000

\$

R\$ 242.00



13/04/2020



**Abr / 2020**



279kWh

1000

### SITUAÇÃO DE DÉBITOS

[illegible]

COD. Código de Classificação de Item	TOTAL	242,00	227,32	81,00	227,32	2,41	11,54
Taxa de Tributos							

7b71.7696.1609.015F.69d4.5587.1006.8e36

## COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

[illegible]

Journal of Management Inquiry 22(1) 3-16

METRA	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (KV)
Hastes para eletrodo e para eletrodo - C10	5,07	0,00	10,16	20,30
Yates para eletrodo e para eletrodo - F10	0,17	0,00	0,95	12,70
Yates para eletrodo e para eletrodo - C100	2,88			
Yates para eletrodo e para eletrodo - F100	12,70			

**ATENÇÃO**

Declaração de Qualidade Anual de Produtos: Conforme previsto na Lei 12.037 de 26 de maio de 2009, informamos a avaliação dos dados referentes aos fatos ocorridos no período de 1ª de janeiro a 31 de dezembro de 2013 e aos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações de consumidor, as que resultam dos procedimentos internos das empresas do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para atender pelos canais virtuais: site [AppEnergisa.CN](http://AppEnergisa.CN) e WhatsApp: 081.0215-6140.



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=29635>

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<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Haroldo Pereira de Oliveira Junior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 090.538.974 / 37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Iranete de Araújo Meira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 497.696.349 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima Iranete de Araújo Meira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 497.696.349 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa 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: <u>Rua Pequena Carmem M. Coutinho</u>	Número: <u>112</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Bom Jardim</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>haroldojrjr@gmail.com</u>	CEP: <u>58052-490</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98911-1174</u>

Local e Data: João Pessoa 13 de maio de 2020

Haroldo Pereira de Oliveira Junior

Assinatura do Declarante





VISTO EM: 23/11/17

*[Assinatura]*  
Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 13 de setembro de 2017.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 351/2017**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 28/07/2017, conforme requerimento nº 342/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 12h45min o/a Sr.(a) **ISANETE DE ARAUJO MEIRA** CPF: 497.696.344-68 vítima de acidente de trânsito (*atropelamento*), ocorrido na Av. Josefa Taveira, Mangabeira – João Pessoa/PB. Tendo como ponto de referencia a Caixa Econômica. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48 tendo como chefe o/a **SARGENTO BM JAIME DOS SANTOS FERREIRA**, Matrícula: 514.900-2. Vítima consciente e orientada, com dores no membro superior e dores na região do tórax. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **Jânio Damiano Carneiro de Alencar** - SGT BM Mat. 520.030-0, (*[Assinatura]*) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

*[Assinatura]*  
**JYMARLESON DIEGO A. DE SOUSA**  
11-108-MAT 527.341-2  
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.  
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br





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



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Isanete de Araujo Meira

DATA DE NASCIMENTO 13/04/65

NOME DA MÃE Anete Maria de Araujo

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 103344

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1016616

DATA DO ATENDIMENTO 28/07/17

HORA DO ATENDIMENTO 13:15

MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento

DIAGNÓSTICO (S) Luxação acromioclavicular esquerda

CID 10 S43.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento, com queixa de dor em ombro esquerdo, exame neurovascular normal, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento especializado.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, ombro E.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acromioclavicular E.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular esquerda

ALTA HOSPITALAR: 03/08/17

DATA DA EMISSÃO: 17/11/2017 (2ª via emitida em 04/10/19)

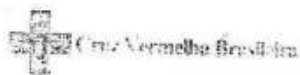
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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









Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031001  
Tel:  
CNES: 6121221

Paciente	ISANETE DE ARAUJO MEIRA		
Data de nascimento	13/04/1965	Idade	52
Mão	ISANETE MARIA DE ARAUJO		
Endereço	ESTUDANTE THIAGO OZANAN ALCANTARA BENICIO, 60		
Acidente	FOTO X PEDESTRE		
Data/Hora Classificação	28/07/2017 13:15:30		
BAE	1916616	Data/Hora Entrada	28/07/2017 13:15:30
Sexo	Feminino	CNS	
Bairro	AGUA FRIA	Município	JOAO PESSOA
Motivo	ATROPELAMENTO	Profissional	MATHEUS MARINHO ENOMOTO
Data/Hora Prescrição	28/07/2017 15:52:03		

#### anamnese

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HOJE NO PERIODO VESPERTINO, COM DOR NA REGIAO DE OMBRO ESQUERDO DESDE ENTÃO. EXAME NEUROVASCULAR NORMAL. RX. LAC CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS SOLICITO ROL - RX. CIRURGICO TIPOIA HEMIJ ESQUERDA

#### DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

#### MEDICAÇÃO

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 150 OU PAS > 110; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

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

OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

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

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

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

Diluir

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

Dr. Matheus Enomoto  
Ortopedia e Traumatologia  
Médico  
CRM-PB 30204



## CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, (OBSERVAÇÕES: RISCO CIRURGICO)

## EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA (MASCULINO - ADULTO)

COAGULOGRAMA COMPLETO

## EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

## PROCEDIMENTO

TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: HEMIJ ESQUERDA)

## Conduta

Internar Paciente

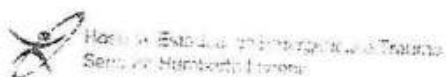
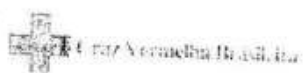
Dr. Matheus Enomoto  
Ortopedia e Traumatologia  
MATHEUS MARINHO ENOMOTO  
(19204/PB)

ISANETE DE ARAUJO MEIRA









AV. ORESTES LUCENA, 100 - PEDRA BRANCA  
CNEB 0101221-70

Paciente	ISANETE DE ARAUJO MEIRA			Boletim de Atendimento	1010616	Data Hora Entrada	28/07/2017 13:15:30	Impresso por	QUEDES WANDERLEY
Data de nascimento	13/04/1965	Idade	52	Sexo	Feminino	Leito	No	Em	02/08/2017
Tempo de Internação	4d 19h 10min	Quadrante	SUS	Prontuário	103344	Plantão	DIURNO		

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE (BRUNO GUEDES WANDERLEY - 02/08/2017 12:35:10)

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

#### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR SEM INTERCORRÊNCIAS.

CD: VPM

Leito: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0015  
Profissional responsável pela informação: BRUNO GUEDES WANDERLEY

Número Conselho: 7940

SUELIO MOREIRA TORRES  
Médico  
CRM - PB 2220

**SUS**Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha 2

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Isamete de Souza Mello

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

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

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**Agulha de pleuro 50-001  
Fio de Kirschner 2.0-001

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

( ) CNS ( ) CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2020 11:55:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20080611554733800000031570041>

Número do documento: 20080611554733800000031570041

Num. 32975090 - Pág. 17



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Francisco de Assis Silva BH Permutário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ FAP: \_\_\_\_\_ LP: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: \_\_\_\_\_  
Cirurgião: Dr. Alisson 1º Assistente: Dr. R. R. R.  
2º Assistente: Dr. Cláudio (R2) 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Tereza  
Tipo de Anestesia: Blotagem / Sedação Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Divertículo Pericólico (Chagrinado)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de Divertículo Pericólico (Chagrinado)</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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

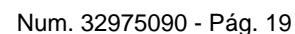
Dr. Suelio Moreira Torres  
CRM-PB 91770

João Pessoa, 02/08/20



12

James W. Smith  
10. - 1905





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

#### Posição e Preparo:

- 1 - Paciente em Decúbito dorsal sobre prisma
- 2 - Anestesia + antiseptia
- 3 - Afirmação de campo cirúrgico

#### Incisão:

- 4 - Incisão na Sabre
- 5 - Dissecção profunda
- 6 - Hemostasia cirúrgica

#### Achados:

- 7 - Duração Arterio Venosa

#### Conduta:

- 8 - Profundidade da incisão paralela ao eixo da artéria
- 9 - Hipertensão + formação de sutura com fio Ethon 5-0
- 10 - formação de sutura com fio KC 2,5 sobre o eixo

#### Fechamento:

- 10 - Sutura fina e limpa
- 11 - Curativa estéril
- 12 - Rx de Controle

#### Observação:

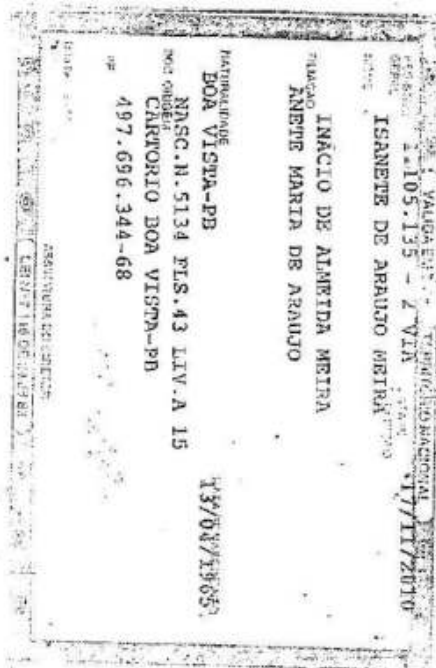
- 13 - Típica RCT

Glauber M. Novais Miranda  
Médico  
CRM - RJ 9720

João Pessoa, 02/08/17

Médico/CRM:







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME HAROLDO FERREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR	
DOC. IDENTIDADE / C.R.G. EMISSOR UF 3335861 EST PB	
CPF 090.538.974-37	
DATA NASCIMENTO 09/06/1992	
FILIAÇÃO HAROLDO FERREIRA DE OLIVEIRA EVANY GALDINO DE MELO OLIVEIRA	
PRIMEIRA ACC CAT. HAB AB	
Nº REGISTRO 05321633290	
VALIDADEZ 28/06/2021	
1ª HABILITAÇÃO 07/10/2011	
OBSERVAÇÕES A 7	
Assinatura do Portador Haroldo Ferreira de Oliveira Junior	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	
DATA EMISSÃO 28/06/2016	
Assinatura do Emissor Suelio Moreira Torres	
ASSINATURA DO EMISSOR	
15394835504 PB032810172	
DETRAN - PB (PARAIBA)	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1280729771

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1280729771





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL  
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

## LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudos nº 03.01.06.112017.30774

ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Órgão requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital  
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:

Ilmo(a) Senhor(a).

Dr(a) Alberto Jorge Diniz e Silva

Delegacia de Acidentes de Veículos da capital

*Isanete de Araújo Meira*  
*02/04/18.*







GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL  
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 695417    Laudo nº: 03.01.06.112017.30774

**LAUDO TRAUMATOLÓGICO**  
Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 23/11/2017    Hora do exame: 16:29

Órgão Requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital, nº da Solicitação: 405/2017  
Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva. Nome: ISANETE DE ARAUJO MEIRA, 52 anos, sexo: Feminino Raça/cor: filho(a) de: Inácio de Almeida Meira e de: Anete Maria de Araújo, Estado civil: ignorado. Nacionalidade: Brasileira. Natural de: Boa Vista/PB. Profissão: ignorado.

**HISTÓRICO:** A pericianda relata que foi vítima de acidente de trânsito em 28.07.2017. Encontra-se em tratamento fisioterápico.

**DESCRIÇÃO:** O exame do membro superior esquerdo, incluindo região clavicular, revela cicatriz cirúrgica em região anterior do ombro esquerdo, de disposição oblíqua, medindo aproximadamente 9 cm. O exame funcional revela limitação do movimento de elevação e abdução desse membro. Trouxe laudo médico emitido em 17.11.2017 pelo Dr. Juan Jaime CRM 3323, onde consta admissão no Hospital de Traumas em 28/07/2017, com diagnóstico de luxação acrômio clavicular esquerda, cujo tratamento foi cirúrgico. Trouxe ainda laudo médico emitido em 27/10/2017 pelo Dr. Lauri F. C. Júnior, com relato de tratamento cirúrgico de luxação acrômio clavicular esquerda, com evolução com queixas algicas e limitação parcial da flexão e abdução do ombro esquerdo.

**QUESTOS:**

- 1) Há ferimento ou ofensa física? **SIM.**
- 2) Qual o meio que o ocasionou? **AÇÃO CONTUNDENTE.**
- 3) Houve perigo de vida? **NÃO.**
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? **PODERÁ. REALIZAR EXAME COMPLEMENTAR APÓS 90 DIAS. TRAZER LAUDO ATUALIZADO DE MÉDICO ORTOPEDISTA, RELATANDO SITUAÇÃO DA LESÃO.**
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? **SIM, PELA GRAVIDADE DO TRAUMATISMO.**
- 6) Provocou aceleração de parto? **NÃO.**
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? **NÃO.**
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? **NÃO.**
- 9) Resultou deformidade permanente? **PODERÁ. VER RESPOSTA DO QUESTO 4.**
- 10) Provocou aborto? **NÃO**

Dr(a). Antônio Vieira de Moura

Assinado eletronicamente por:  
SUELIO MOREIRA TORRES  
O 08/08/2020 11:55:47  
Mód. 107.609-2





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200184554 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ISANETE DE ARAUJO MEIRA **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 26/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR NO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200184554 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ISANETE DE ARAUJO MEIRA **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 26/05/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR NO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** ISANETE DE ARAÚJO MEIRA, brasileira, solteira, divulgadora, portadora da Cédula de Identidade C.I n.º 1.105.135 2ª via SSP/PB, inscrita no CPF sob o n.º 497.969.344-68, residente e domiciliada na Rua Odilon Lúcio de Souza, n.º 16, Mangabeira I, nesta capital, CEP 58056-420.

**OUTORGADO(S):** HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JÚNIOR, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba sob o n.º 20.960 e ERICKY PEDRO DE MELO PEREIRA, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba sob o n.º 19.591 ambos com escritório profissional situado na Rua Padre Meira, n.º 35, sala 403, 4º andar, Edifício Paraná, Centro, João Pessoa/PB, CEP 58013-200.

**PODERES:** Concede poderes especiais aos outorgados para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento e apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder, seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a SUSEP.

**Obs.:** É de responsabilidade da outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados aos outorgados.

João Pessoa/PB, 13 de maio de 2020.

  
**ISANETE DE ARAÚJO MEIRA**  
OUTORGANTE

**CARTÓRIO**  
**VB** 2º OFÍCIO DE NOTAS  
VIEIRA BATISTA

**RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-016744**

Reconheço por autenticidade a firma de:  
**ISANETE DE ARAÚJO MEIRA**

Deu fe, em testemunho da cartada, João Pessoa - PB, 19/05/2020 09:43:39  
EMOL: R\$ 10,22 FPPJ: R\$ 2,04 CARPEN: R\$ 0,30 ISS: R\$ 0,61  
SELO DIGITAL: A 2020156-99  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

  
ROSSYÂNGELA COELA MARQUES BATISTA - ESCRIVENTE AUTORIZ


Rua Padre Meira, 35 - Edif. Paraná - 4º Andar - Sala 403



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143890/20

**Vítima:** ISANETE DE ARAUJO MEIRA

**CPF:** 497.696.344-68

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 28/07/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ISANETE DE ARAUJO MEIRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Lesões corporais

#### HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR : 090.538.974-37

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

#### ISANETE DE ARAUJO MEIRA : 497.696.344-68

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/05/2020  
Nome: HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR  
CPF: 090.538.974-37

HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL

