



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
<b>ISANETE DE ARAUJO MEIRA (AUTOR)</b>	<b>ERICKY PEDRO DE MELO PEREIRA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32975 090	06/08/2020 11:55	<a href="#"><u>2739596_CONTESTACAO_Anexo_02</u></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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15794361



B222 00837/00838 - carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2020 11:55:47  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008061155473380000031570041>  
Número do documento: 2008061155473380000031570041

Núm. 32975090 - Pág. 1



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 inscrição

informações abaixo:

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%

% Invalides Permanentes 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 de admissão para a função. Exceção: art. 5º, § 1º, II, b, 500, 500, 500.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT é necessário. Pode ser feita a solicitação de informações e/ou

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:

3 - Page 161 - PDFMAT

Seguradora Elder DI VA





## 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 N° 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
11 - Bairro: MANGABEIRAI	12 - Cidade: JOÃO PESSOA	13 - Estado: PB
15 - E-mail: isanetemeira@gmail.com		14 - CEP: 58056-420
		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:		
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 1909	CONTA: 00042993	3
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e 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 de 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (valinacete)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

38 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROMISSO DE DEPÓSITO

08/05/2020 HORA: 09:21:48  
DATA EFETIVACAO: 08/05  
CONJUNTO: 000666340  
OPERAÇÃO: CRM

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

DIS. DE CAIXA - 0800 726  
0101 OUVIDO  
RIA - 0800 725 7474

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO DE PAGAMENTO NO CREDITO NA CONTA É DE ATE 30 MINUTOS

SAT 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 ARAUJO 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:**

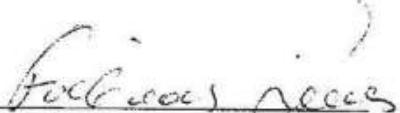
Local: Av. Josefa Taveira, Em Frente a Caixa Econômica Federal, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/07/17 12:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

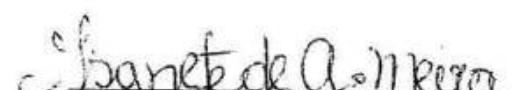
Que ao atravessar a via na faixa de pedestres em frente a Caixa Econômica Federal foi atropelada por uma MOTO NÃO IDENTIFICADA, vindo em decorrência a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 17.11.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

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

1/1

# 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



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. 6



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 - mioclaro.com.br  
Pelo celular \*1052#  
No Atendimento Claro 1052  
Para fatura em braille, ligue 1052  
Para deficiente auditivo, ligue 08000362323

Veja aqui o que está sendo cobrado:		
1.Planos Contratados	R\$	54,99
2.Itens Adicionais	R\$	11,99
Total	R\$	66,98

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.Planos Contratados	83 99166 9485	54,99
Oferta Conjunta Claro MIX		-
Aplicativos Digitais		-
Claro Controle 4GB + Minutos ilimitados (158)		-10,00
Desconto promocional		
Serviços Inclusos 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	R\$ 11,99
Sub Total - Itens Adicionais		R\$ 66,98
Total a Pagar		

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 FUNITEL (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 Mecânica:

Para uso do banco



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 Mecânica substituirá este resultado, desferre ou perfure  
 esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/08/2020 11:55:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008061155473380000031570041>  
 Número do documento: 2008061155473380000031570041

Num. 32975090 - Pág. 7

EVANY GALDINO DE MELO OLIVEIRA  
RUA FROTA CARMEN MOREIRA COUTINHO, 1127 CASA - BANCARIOS  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58052699 (AG. 5)



Bruno CONVENTIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1  
Classe RESIDENTIAL / Subsérie RESIDENCIAL  
Ligação MONOFÁSICO  
Potência: 2,5 - 45 - 4140 N° Medidor: 00002180000

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)  
5/216000-0

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002180000

VALOR DA FATURA

R\$ 242,00

VENCIMENTO

13/04/2020

REFERÊNCIA

Abr / 2020

CONSUMO

279kWh

8,30 kWh

MÉDIA MÊS

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRITIVO

CG	Descrição	Quant.	Tarifa/ Fatur.	Valor Base Unit. (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS Base Cálculo (R\$)	ICMS Refundado (R\$)	ICMS %
0601	Consumo mês/lt	279	0,810693	227,02	27,12	27,02	27,02	11,14
0017	LANÇAMENTOS SERVIÇOS			10,21	0,00	0,00	0,00	0,00
0017	CONTADOR (LIM. PÚBLICA)			0,50	0,00	0,00	0,00	0,00
0034	JUROS DE MORA 02/2020			4,27	0,00	0,00	0,00	0,00
0025	MULTA 03/2020							

CCO Código de Classificação de Item  
Tabela de Tributos: 0 645400 TOTAL 242,00 227,02 81,20 227,02 2,4% 11,14

RESERVADO AO FISCO

R\$1.1696.1608,0164.66d4.558f.1ac6.8e35.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Abriu	253	
Mar/20	250	
Jun/19	226	
Jul/19	238	
Set/19	244	Anterior 09/03/10 08/03
Set/19	243	Atual 04/04/20 08/03
Out/19	246	Consumo 279kWh
Nov/19	240	Período 30 dias
Dez/19	231	Conforme da medidor
Jan/20	242	
Fev/20	242	
Mar/20	258	
Másc	254	

PRÓXIMA LEITURA

06/05/2020

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PE	59,79	24,71
Compra de Energia	74,62	30,79
Encargo de Transmissão	8,88	3,71
Encargos Sistêmicos	9,58	4,00
Imposto de Renda e Encargos	83,82	35,12
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	242,00	100,00

Encargo de Juro do Sistema de Distribuição (Ref 2/2020) R\$77,09

INDICADORES DE QUALIDADE

META	MENSAL	APURADO	TRIMEST.	ANUAL	LIMITES DETENÇÃO (a)
Horas que o sistema permaneceu com 99,9%	5,07	0,00	10,19	20,39	NOMINAL 220
Vezes que o sistema ficou sem energia - F10	0,17	0,00	0,02	0,17	CONTRATADO
Duração com menor intervalo entre saída e retorno - DMR	0,00	0,00	0,00	0,00	LÍMITE INFERIOR 202
Duração com menor intervalo entre saída e retorno - DMR	12,27	0,00	24,54	49,08	LÍMITE SUPERIOR 231

ATENÇÃO

Descrição de Ocupação Anual de Débitos: Conforme previsto na Lei 12.007 de 19 de junho de 2009, informa-se a ocupação dos créditos referentes aos fatos consumados regulares de energia elétrica desta unidade consumidora, verificada no período de 2019 e nos anos anteriores. Esta desordem é sujeita, tanto à cobrança quanto ao cumprimento das obrigações de consumo, as quais são os instrumentos materiais dos direitos do ato a que se refere, e dos anos anteriores.

Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa CNH e WhatsApp: (32) 99195-6140.



## 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 9135

### 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<sup>1</sup> 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>2</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, APPLICATE 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  
Isanete de Souza Meira inscrito (a) no CPF sob o Nº 497.696.344,68,  
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Isanete de Souza Meira,  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 497.696.344,68, 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 Lider-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 Professor Camilo M. Coutinho</u>	Número:	<u>112</u>	Complemento:			
Bairro:	<u>Boméries</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58052-490</u>
E-mail:	<u>haroldo.junior@gmail.com</u>				Tel.(DDD):	<u>(83) 98811-1179</u>	

Local e Data: João Pessoa 13 de maio de 2020

Haroldo Pereira de Oliveira junior  
Assinatura do Declarante





VISTO EM: 25/11/17  
  
Comandante do BAPH

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3<sup>a</sup> SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 13 de setembro de 2017.

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 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 referência 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 Damião Carneiro de Alencar - SGT BM Mat. 520.030-0, auxiliar da 3<sup>a</sup> Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3<sup>a</sup> Seção/BAPH.

*JHONATHAN DIEGO A. DE SOUSA*  
Sargent - MAT. 527.341-2  
Chefe da 3<sup>a</sup> Seção



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.  
Rua Doutor Orestes Leiboa, 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

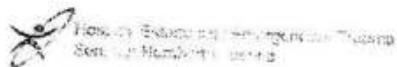
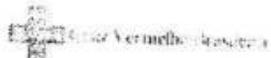
ALTA HOSPITALAR: 03/08/17

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





AV. DIRESTES LISBOA, nº 4 - PEDRO GONÇALVES - CEP: 503312 - Tel. 8332166700

Boletim de Atendimento: 1018616

**Identificação do paciente**

1194414	Nome	ISANETE DE ARAUJO MEIRA	Sexo	Feminino		
Data de nascimento	Idade	62 anos 3 meses 16 dias	Estado civil	Peligro		
13/04/1966				Perigo		
Mae						
ANETE MARIA DE ARAUJO						
Escaladade						
CDU/Med						
83						
Titular documento	Nome	INACIO DE ALMEIDA MEIRA				
RG (IDENTIDADE)	RG	ESTUDANTE, Padeiro				
Local de procedencia	Número documento	ISANETE IRMAO(A)				
MANGABEIRA	1105135					
Endereço						
CEP	Município de residência					
58053032	JOAO PESSOA	PB	Endereço	ESTUDANTE THIAGO OZANAN ALCANTARA BENCIK		
Número	Cepipamento		Placa			
60			AGUA FRIA			
Admissão						
Data e Hora	Número de paciente					
28/07/2017 13:15:30	1000004180721	Dados				
Especialidade						
CIRURGIA GERAL						
Classificação da lesão						
Curador de atendimento	Motivo de atendimento					
	ATROPELAMENTO					
Indicadores e Transporte						
Pressão arterial	Plano de resgate					
Não	Não	Vias de atendimento				
Modo de transporte		Não	Plano			
RESGATE - BOMBEIROS			Não			
Sinais Vitais						
PA	220 x 100 mmHg	PI	Temperatura	100 113		
Exames complementares						
Raios X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasoundografia [ ]
Coletas clínicas						

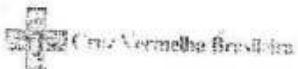
*Isanete Automa de atrapalhamento  
consciente, orientada, risco HIS, Dr.  
Allergie, segue c/á medicados.*

Diagnóstico:  
Atendido por:  
LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA

Tempo:  
01/min 14seg

Imprimir





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 5803109  
Tel:  
CNES: 6121221

Paciente <b>ISANETE DE ARAUJO MEIRA</b>	BAE 1016616	Data/Hora Entrada 28/07/2017 13:15:30
Data de nascimento <b>13/04/1965</b>	Idade <b>52</b>	Sexo <b>FCNS</b>
Mãe <b>ISANETE MARIA DE ARAUJO</b>		
Endereço <b>ESTUDANTE THIAGO OZANAN ALCÂNTARA BENÍCIO, 60</b>	Bairro <b>ÁGUA FRIA</b>	Município <b>JOÃO PESSOA</b>
Acidente <b>ACIDENTE CICLISTA</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>MATHEUS MARINHO ENOMOTO</b>
Data/Hora Classificação <b>28/07/2017 13:15:30</b>		Data/Hora Prescrição <b>28/07/2017 15:52:03</b>

#### anamnese

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HOJE NO PERÍODO VESPERTINO, COM DOR NA REGIÃO DE OMBRO ESQUERDO DESDE ENTRADA, EXAME NEUROVASCULAR NORMAL RX. LAC CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS SOLICITO RENDA E RENDIMENTO CIRÚRGICO TIPOIA HEMI J ESQUERDA

#### DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

#### MEDICAÇÃO

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

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

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 FAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

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

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 (MGTS) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

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

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 FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H, 0,0 (MGTS)

Diluir

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

Dr. Matheus Enomoto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 16204



## CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

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: HEMI J ESQUERDA)

### Conduta

Internar Paciente

Dr. Matheus Enomoto  
Especialista em Traumatologia  
06/08/2020  
MATHEUS MACHADO ENOMOTO  
(10204/PB)

ISANETE DE ARAUJO MEIRA







Digitized by Venezuela



<sup>7</sup> Has a fixed temperature & remains semi-stable.



GOV  
7/16/2012

AV. ORESTES LUGGIA 101 - P.P. IRACEMA  
CEP 61212-210

Paciente <b>ISANETE ARAUJO MEIRA</b>	Boletim de Atendimento <b>1016616</b>	Data/Hora Entrada <b>28/07/2017 13:15:30</b>	Quedas Em: <b>12</b> Cortes: <b>0</b>
Data de nascimento <b>13/04/1965</b>	Idade <b>52</b>	Sexo <b>Se</b>	Pronto: <b>103344</b>
Tempo de Internação <b>4d 19h 10min</b>		Feminino <b>SUS</b>	Plantal: <b>DURNO</b>

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (BRUNO GUEDES WANDERLEY - 02/08/2017 13:35:10)

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

#### RESUMEN DE PACIENTES

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

...ção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0015  
Profissional responsável pela informação: Enfermeira - ...

Número Convite - 7240

*John M. Voss*  
CIA - PB R220



 <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>		
<b>Identificação do Estabelecimento da Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____ 2 - CNPJ _____ 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____ 4 - CNPJ _____				
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <i>Isanete de Souza Moreira</i> 10466 6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 7 - NOME DO ESTABELECIMENTO _____ 8 - GÊNERO _____ 9 - DATA DE NASCIMENTO _____ 10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL _____ 11 - MARCA DE IDENTIFICAÇÃO _____ 12 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO) _____ 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 14 - CÓDIGO MUNICIPAL 15 - UF _____ 16 - CEP _____				
<b>17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b> _____				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b> 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR _____ 19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO _____ 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA _____ 21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO _____ 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL _____ 23 - CID 10 PRINCIPAL _____ 24 - CID 10 SECUNDÁRIO _____ 25 - CID 10 COMORBIDIDADE _____				
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO _____ 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI III 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____ 34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL _____				
<b>38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b> <i>Agulha de plexo - 50 - 00 Fus de turclomer 2.0 - 001</i>				
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b> 35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 36 - DOCUMENTO _____ 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO _____ <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF _____ 41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO CONSELHO _____ <i>Glauber M. M. M. / 20</i>				
<b>AUTORIZAÇÃO</b> 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR _____ 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 47 - DOCUMENTO _____ 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____ 49 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO CONSELHO _____ <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF _____				



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Fernando de Araújo Pinto RG Padrão: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Clinica/Setor: \_\_\_\_\_ EAP: \_\_\_\_\_ LP: \_\_\_\_\_

Cirurgia: \_\_\_\_\_

Cirurgião: Dr. Alvaro 1º Assistente: G. B. Palmeira

2º Assistente: Dr. Gláucio (R2) 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: Dr. Telmo

Tipo de Anestesia: Brigada Gélio Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<u>- Descolamento peritoneal clivicular</u>		

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>- Tratamento cirúrgico de descolamento peritoneal clivicular.</u>	

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

Biopsia de Congelação: ( ) Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

SUELIO MOREIRA TORRES  
Médico  
CRM PB 9129

João Pessoa, 02/08/16



**Nota de Sala Cirúrgica**

NOME DO PACIENTE		<i>Isomete da Motta Júnior</i>			
DATA	52	EP	016616	PROFISSÃO	ESTUDARIA
CIRURGIA	TTO curv. luxação húmero clavicular (C)				
ANESTESIA	<i>Elaquec. da clav.</i>				
ANESTHETICA	<i>Tetraevac</i>				
PSTOGRAMA	-				
DATA	28/17	TEMPO DE CIRURGIA	MAIS DE 10 HORAS	QTD	FIO
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA	ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV	ASA V
ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV	ASA V	ASA VI
QUAIS DE CONTAMINAÇÃO (TERAPIA CONTINUA) E INTERFERENCIAMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	
ALFENTANILA		Saco jato	1	JELOU N°18	FIO CATETER
ULIVACAINA ISOBÁRICA		Saco longo	1	JELOU N°18	FIO CATETER
ULIVACAINA PESADA				JELOU N°22	FIO DE AGUANO
ETAMINA				JELOU N°24	FIO DE AGUANO
DROPERIDOL				KIT SIST. IRIN. TORASILAN	FIO DE AGUANO
EVOMIDA		SOLUÇÕES	QTD.	LÂMINA BISTURI N°1	FIO DE AGUANO
PENIBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%	✓	LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE AGUANO
INTANILA		POPIJERGAMINA	✓	LÂMINA BISTURI N°15	FIO DE AGUANO
ELUMAZENIL		PRIMIXILURA	✓	LÂMINA BISTURI N°24	FIO POLIGLEUTINA
ISOFLURANO		EVITÓTICO	✓	LÂMINA DE DERMATOGLO	FIO POLIGLEUTINA
LEVOBUPIVACAINA C/VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE INERTO	FIO POLIGLEUTINA
LEVOBUPIVACAINA S/VASO		MATERIAIS	QTD.	LÂMINA DE FIO FIMENTO PAR	FIO POLIPROPILENO
LIDOCAINA C/VASO		AGULHA 12545		LÂMINA DE FIO FIMENTO PAR	FIO POLIPROPILENO
LIDOCAINA S/VASO		AGULHA 25X50		LÂMINA DE FIO FIMENTO PAR	FIO POLIPROPILENO
MARZULAN		AGULHA 25X50		LÂMINA DE FIO FIMENTO PAR	FIO POLIGLEUTINA
MOREIRA		AGULHA 40X12		LÂMINA DE FIO FIMENTO PAR	FIO SEDA N°
M. ALBUM		AGULHA PERIDURAL N°13		MÂSCA DE VIDA BAGAN	FITA CARDIACA
SPANCERINA		AGULHA PERIDURAL N°13		MULTIFLEX	MATERIAL ESPECIAL
PRISTENA		AGULHA PERIDURAL N°18		PERFUSÃO DE SORO	CATETER DE PE
PR. SPORTEK		AGULHA RADICAL N°18		SCALP N°9	CIMENTO URETRAL
RAMIFENTANILA		AGULHA RADICAL N°18		SCALP N°11	FIO DE KERN HANNA
ROCUFRONIA		AGULHA RADICAL N°18		SERINGA 1ML	FIO DE PRISTENA
ROFLURANO		CLOGDODORTOPÍDICO		SERINGA 1ML	FIO STEINMAN
SENAHETÔNIO		ATADURA DE CRIPOM	✓	SERINGA 10ML	FIO STEINMAN
SPERITAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOSSA P. COLOSTOMIA		SONDA ASPIRATIVA N°10	GRAMPEADOR CINTILAR
ADRENALINA		CANJAP TRAQUEOSTOMIA N		SONDA ASPIRATIVA N°10	HEMOST. ABSORV.
ALTA SENT. LADA		CATETER DE OXIGÊNIO	✓	SONDA ASPIRATIVA N°10	ITP DERIVA. TENS. TEC
ATROPINA		CATETER EMBOLICO ARTERIAL	✓	SONDA ASPIRATIVA N°10	PRÓTESE VENOSA
DE ATRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASPIRATIVA N°10	KIT PAM
TOPAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA POLIV. ATAN N°12	EXDADOR EXTRAV.
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA POLIV. ATAN N°14	EMPRESA
DIFIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASO. CURTA	PARAFUSOS CINTILAR
EPIDRINA		COLT. URINA FECHADO		SONDA NASO. LONGA	PARAFUSOS CINTILAR
ERROSARDA		COMPRESSAS CERÚBRICAS	✓	SONDA UR. TRAL. N°12	PARAFUSOS SPLICER
GLICOSE 5%		COMPRESSAS CERÚBRICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS SPLICER
GUTT. ONATTO DE CALCIO		DREN. DE PENROSE		TUBO END. TRAQUEAL N°	PARAFUSOS MELTUSE
HIDROCORTISONA		DREN. DE SEV. CAO		TUBO END. TRAQUEAL N°	PARAFUSOS MELTUSE
LÍPOLINA GLEIA		ELUTRONOS	✓	TUBO END. E. S. Q. 18	PARAFUSOS MELTUSE
ONDASENTRONA		EQ. TROMACROLÍTICAS		TUBO SILENT. 0.45%	PLACA
PRO. AG		LIQUIDO TRANS. SANGUE			PLACA
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS
PROGAMMA		ESPONJA DE PVC	✓	FIOS	ASPIRADOR
TENUPICAN		ESPARADRIL	✓	FIO ALGODÃO 5MM	TRISTURIELAR
<i>Catoprogen</i>	1	GAZES	0000	FIO ALGODÃO 5MM	TRICAPNOGRÁFO
		GAZES ALGODADAS		FIO ALGODÃO 10MM	TRICARDIOGRAMA
		GEL ELETROLÍTICO	✓	FIO ALGODÃO 5MM	TRIDESFIBRILATOR
		JELOU N°14			FOCO ALVÍLICO
		JELOU N°16			FOCO CENTRAL
					MICROSCOPIO
					MINIMETRO DE FLENO
					PA. INV. SECA. VAG. ANAL
					PERFURADOR ELÉTRICO
					SERRA
					CIRCULANTE
<i>Agulha de Drenar n. 50</i>				01	
<i>Fio de drenar n. 5</i>				01	





SOCIETATE  
ORTOPEDICA  
BRAZILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



REF: 11

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

#### Posição e Preparo:

- 1 - Posição em Decúbito dorsal com fricção
- 2 - Anestesia + Antissepsia
- 3 - Afixação da Caneta cirúrgica

#### Injeção:

- 4 - Injeções na Síntese
- 5 - Drenagem parafônica
- 6 - Hemostase cirúrgica

#### Achados:

- 7 - Lesões de crânio clavado

#### Cónduta:

- 8 - Infundido da fissura frontal em algodão d'átil
- 9 - Hiperidrinas + fixação subcrânica com fio Ethibond 5.0
- 10 - Fissão da fricção e  
feromos clavados com fio  
KC 2.5 sobre escápula

#### Fechamento:

- 10 - Sutura fio 3.0
- 11 - curativa estéril

- 12 - Rx de controle

#### Observação:

- 13 - Triptor 865

Médico/CRM:

Glauber M. Novais Miranda  
CRM: 10220  
Médico

João Pessoa, 02/08/17

JURIDICO ESCRITURA



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

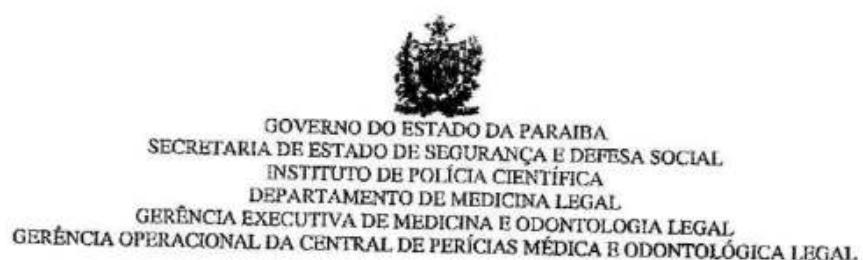
Num. 32975090 - Pág. 20





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. 22



## LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.06.112017.30774

ISANETE DE ARAUJO MEIRA

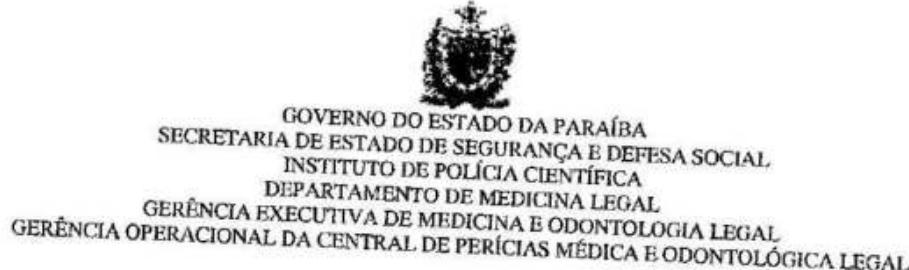
Órgão requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital  
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

---

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.*





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, 52anos, 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 periciada 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 algicidas e limitação parcial da flexão e abdução do ombro esquerdo.

### QUESITOS:

- 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 QUESITO 4.
- 10) Provocou aborto? NÃO.

Dr(a).Antônio Vieira de Moura

Assinado: Antônio Vieira de Moura  
Data: 10/11/2017  
Mat. 107.6.9-2

1





✓ Aquisição de exame nº 405/2017

**Exame requisitado:** TRAUMATOLÓGICO - DPVAT  
Autoridade requisitante: Alberto Jorge Diniz

Remeter o laudo para Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital - PB  
João Pessoa (PB), 23 de NOVEMBRO de 2017.

**OBS-1:** Segue em anexo LAUDO MÉDICO e cópia da Certidão de Registro de Ocorrência  
02127.01.2017.1.00.420

Senhor Gerente,

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatólgico a pessoa abaixo mencionada:

**ISANETE DE ARAUJO 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.

**Histórico** 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 ALCOBA 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.

**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.

  
ALBERTO JORGE DINIZ E SILVA  
Delegado de Polícia Civil  
Titular da DEAVC



## 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 nº 20.960 e ERICKY PEDRO DE MELO PEREIRA, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba sob o nº 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.



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



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. 28

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143890/20

**Vítima:** ISANETE DE ARAUJO MEIRA

**CPF:** 497.696.344-68

**CPF de:** Próprio

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

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

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

### 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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

MARCOS AURELIO VIDAL

