



Número: **0859754-61.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/12/2017**

Valor da causa: **R\$ 8.505,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANDERSON SILVA DOS ANJOS (AUTOR)	JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
33105 377	11/08/2020 16:16	<u>2741844_CONTESTACAO_Anexo_02</u>

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2017

Carta nº: 11927569

A/C: ANDERSON SILVA DOS ANJOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170589956 ASL-0423507/17

Victima: ANDERSON SILVA DOS ANJOS
Data Acidente: 13/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2017

Carta nº: 11956556

A/C: ANDERSON SILVA DOS ANJOS

Sinistro: 3170589956 ASL-0423507/17
Vítima: ANDERSON SILVA DOS ANJOS
Data Acidente: 13/01/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Carta nº: 12033877

A/C: ANDERSON SILVA DOS ANJOS

Nº Sinistro: 3170589956
Victima: ANDERSON SILVA DOS ANJOS
Data do Acidente: 13/01/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANDERSON SILVA DOS ANJOS

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 000000071063-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

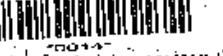




Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, ANDRÉSON SILVA DOS ANJOSPORTADOR(A) DO RG Nº 3.891-342

EXPEDIDO POR

SSDS - P/BEM 25/11/19CPF 018100462-81 /CNPJ 000000000000-00, PROFISSÃO Comerciante

E RENDA MENSAL DE R\$1.000,00 / 00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Andréson Silva dos Anjos. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário-Família;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA ou EMEI SEGURADORA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL, www.receita.fazenda.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00071063-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00071063-4

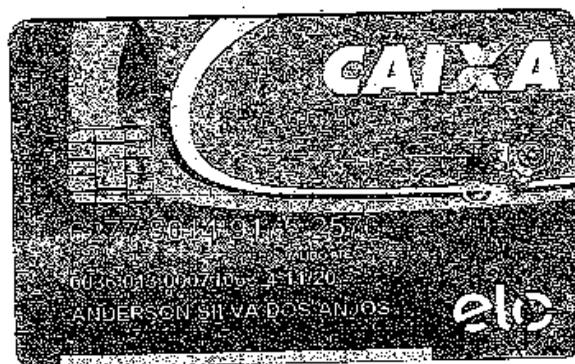
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pedro 25 de abril de 2017 Andréson Silva dos Anjos
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01566.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01566.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:12 horas do dia 31 de agosto 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 do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu Anderson Silva dos Anjos, CPF nº 018.101.454-81, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Maria de Fátima Silva dos Anjos e José Silva dos Anjos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/03/1993 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua 7 de Setembro, Nº 47, bairro Oiticicó, tendo como ponto de referência Mercadinho Esquina Alves, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98631-5999.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Adolfo Massa, Posto de Gasolina, João Pessoa/PB, bairro Oiticicó/Novais; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/01/17 22:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

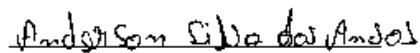
Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 TITAN ES, COR PRETA, ANO 2005/2006, PLACA MOL8869/PB, CHASSI 9C2KC08506R803036, REGISTRADA EM NOME DE JONAS JOSÉ DA SILVA, quando passava pela Rua Adolfo Massa, próximo ao posto de gasolina foi atingido na lateral direita por um CARRO não identificado vindo lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCoba ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 04.05.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar.

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, 31 de agosto de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


ANDERSON SILVA DOS ANJOS

Noticiante



Procedimento Policial: 01566.01.2017.1.00.420

1/1





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Anderson Silveira dos Anjos, portador da carteira de identidade nº 3.891.392 e inscrito no CPF sob o nº 018.101.454-81 residente e domiciliado na rua: 7 de Setembro, 47

Quiteiro, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (2) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

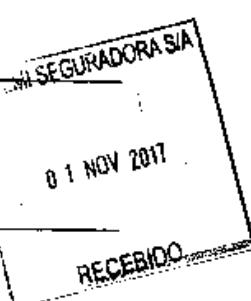
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

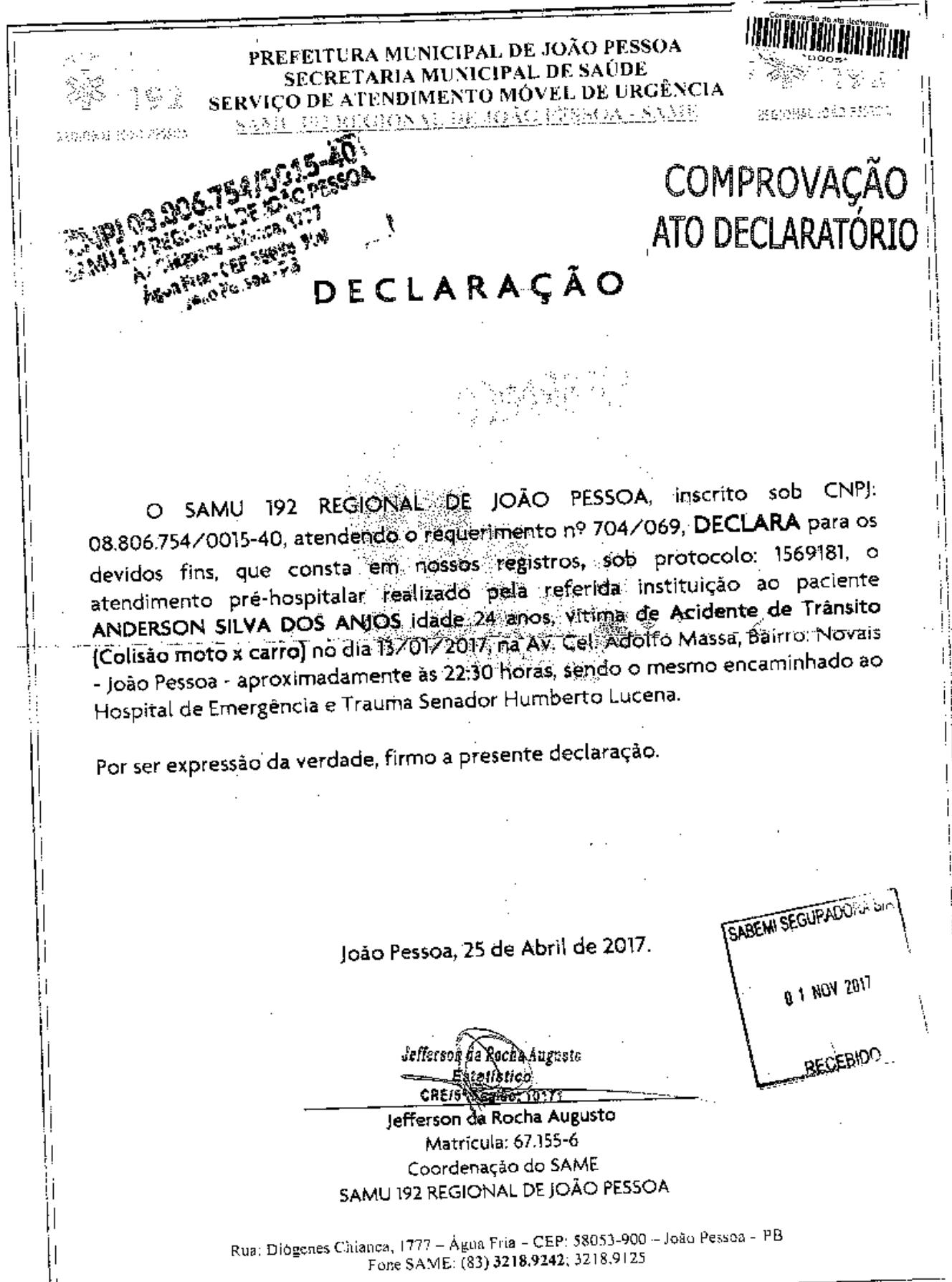
Anderson Silveira dos Anjos

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 25 abril 2017

Local e data





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/08/2020 16:16:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081116162733900000031690777>
Número do documento: 20081116162733900000031690777

Num. 33105377 - Pág. 8

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: 24/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERSON SILVA DOS ANJOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000071063-4

Nr. da Autenticação 9B96DCF65AD1041E



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/08/2020 16:16:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081116162733900000031690777>
Número do documento: 20081116162733900000031690777

Num. 33105377 - Pág. 9



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Anderson Silveira dos Anjos

RG nº 3.891.342 data de expedição 26/11/2014,
Órgão SSDS-PB CPF nº 018.301.454-81, venho perante a este
instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>7 de Setembro</u>
Número	<u>47</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Outeiro</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58000-000</u>
Telefone de contato	<u>83.99342.1170/3512-8500/99105-5363</u>
E-mail	<u>alexandrasilveiraduarte@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa / PR, 25/04/2017

X Anderson Silveira dos Anjos
Assinatura do Declarante





JOSE EDUARDO DA SILVA
R JOAO MACHADO 399
SALA CENTRO
55013-520 JOAO PESSOA PB

Abendmessen &
Auto-Ausstellung
K. Weiß, 1900, 1901



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/08/2020 16:16:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008111616273390000031690777>
Número do documento: 2008111616273390000031690777

Num. 33105377 - Pág. 12



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular Susep¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613-98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29/03/1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91,
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Anderson Silva dos Anjos,
do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ da vítima Anderson Silva dos Anjos, e conforme determinação da Circular Susep nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: **RECUSOU**

Renda Mensal: **R\$RECUSOU**

Documentos comprobatórios: **RECUSOU**

Assinatura – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jônatas José da Silva

RG nº 2383145, data de expedição 20/11/1996

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 03949976469, com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua 7 de setembro, nº 60

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Anderson Silva dos Santos, cujo o condutor era Anderson Silva dos Santos.

Veículo: moto

Modelo: HONDA CG 150 TITAN

Ano: 2005/2006

Placa: MOL 8805/PB

Chassi: 9C2KCO8506R803036

Data do Acidente: 13-01-17

Local e Data: João Pessoa, 24-04-17

Jônatas José da Silva TOSCANO DE BRITO
Assinatura do Declarante

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

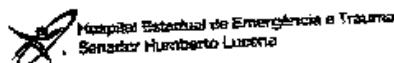
TOSCANO DE BRITO
SERVIÇO INDUSTRIAL MATERIAIS

Rua Cândido Pessoa, 31 - CEP 58310-460
Fone: (83) 3241-7177 - João Pessoa - PB
www.toscandoebrito.com.br

Atestando, sob alegria e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
JONATHAS JOSÉ DA SILVA, 23/09/1977, João Pessoa - PB
Está assinada a verdade. João Pessoa-PB 24/04/2017 11:24:24

Barcos Alfreida da Rocha SIlva - Secretaria
(2017-007021)EMDL:R\$ 49,25 /ABPN:R\$ 0,27 /FON:R\$ 1,15 /ISS:R\$ 0,00
SELLO DIGITAL: AE999162-2411
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>





GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, an -- CNES: 128312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 973977



Identificação do paciente

ID	Nome ANDERSON SILVA DOS ANJOS			Sexo Masculino
1127851	Estado Civil	Religião	Promovido	
Data de nascimento 18/03/1993	Idade 23 anos 8 meses 28 dias			
Mae MARIA DE FATIMA SILVA DOS ANJOS				
Escolaridade				
DDD Móvel 83	Nome Móvel 887542074	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3691342	Nº Cns		
Local de procedência CRUZDAS ARMAS		UF BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CEP CBOR		

Endereço

CEP 36086670	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SETE DE SETEMBRO
Número 47	Complemento		Bairro CITIZERO

04 NOV 2017

RECEBIDO

Admissão

Data e Hora 13/01/2017 23:56:03	Número de paciente 182199	Convênio SUS
------------------------------------	------------------------------	-----------------

Clínica

Especialidade
CLINICA GERAL

Classificação da lesão

Caderno de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RUA
		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

SEGURADORA SIA

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saída Não	Veículo de ambulância Não	Transporte Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

NOV 2017

RECEBIDO

Sinais Vitais

PA	X mmHg	P脉	Temperatura
----	--------	----	-------------

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TCT []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	-----------	----------	--------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Assinado por
JOSEFA BARBALHO FERNANDES

Imprimir

TOMOGRAFIA	
TIPO ...	CRANIO
DATA ...	13/01/17
HORA ...	00:00:00
NOME TEC. S/CR ...	

13/01/2017 23:57



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

EV 2017
LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Anderson Silva dos Anjos

DATA DE NASCIMENTO 18/03/93

NOME DA MÃE Maria de Fátima Silva dos Anjos

DADOS EXTRAÍDOS

ECLETIM DE ENTRADA N.º 973977

DATA DO ATENDIMENTO 13/01/17

HORA DO ATENDIMENTO 23:56

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (8) Fratura exposta de ossos da perna direita

CID 10 S82.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, após ingestão de bebida alcoólica, apresentando fratura exposta de ossos da perna direita, glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia e encaminhado para Orto trauma conforme pactuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC:sem anormalidades.

TRATAMENTO:

1º atendimento + imobilização + encaminhamento para Orto trauma.

ALTA HOSPITALAR: 14/01/17

DATA DA EMISSÃO: 04/05/17

SABEMI SEGURADORA S/A

01 NOV 2017

RECEBIDO

23
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 30228/PR

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



Primeiro Atendimento Médico

AC2109 BE: 973977
ANDERSON SILVA DOS ANJOS
DT. NASC.: 19/03/1992
NOME: MARIA DE FÁTIMA SILVA DOS ANJOS
END.: 1 SETE DE SETEMBRO
N.º 47 - COTIAZER
JG/DS: PESSOA
E-MAIL: ()
CELULAR: (63) 987843074
IDADE: 25
DT. ENTRADA: 13/01/2017 23:56:23

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

17/01/2017 x.6000 di queimadura
07/01/2017 comum, do lado, no lado
dorsal, no lado, de 09/5 cm, de 09/5 cm
a 09/5 cm, queimadura de 0. com
07/01/2017 em 09/09/09

EXAME PRIMÁRIO

VIAS PÉRVIAS: Obstruídas.AÉREAS: CERVICAL IMÓBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUÉIA NA LINHA MEDIANA: Sim NãoRESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: Sem dificuldade
 Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

 Apréia

AUSCULTAÇÃO PULMONAR:

1 - MURMURÍO VESICULAR:

 Presente e normalHTD: Rude Diminuído AusenteHTE: Rude Diminuído Ausente

2 - RUIDOS

 sim

HTD: Roncos

Sibilos

Estertores

HTE: Roncos

Sibilos

Estertores

FR:

Imp

SaO₂ %

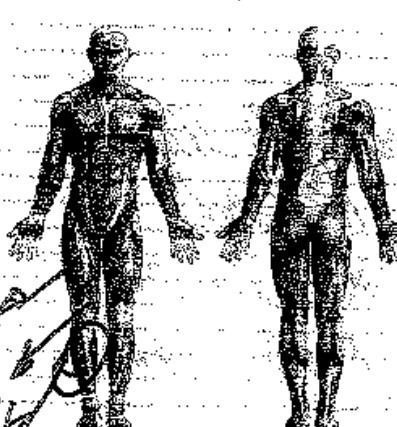
DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: Fotoreageente Paralisadas Isocônicas

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL			MELHOR RESPOSTA MOTORA
		ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (4-6mes)			
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	5
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retra o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticacão)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1

F(NG).CC.001-1

CRM E SECUNDÁRIO		
ALERGIA:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:
INTEDICAMENTOS:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:
IMUNIZAÇÃO:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:
PATOLOGIA:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim:
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado → 	
	1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Eritema subcutâneo 10 Engavetamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corte-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante	19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Injurgimento Nervoso 23 Lacerção 24 Lesão Tendinea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Enravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Parésia 32 Paresthesia 33 Quemadura 34 Rinorrágia 35 Sinais de Isquemia 36
DOS:	90	
QUEIMADURA:	Superfície corporal lesada (regra da palma):	% Graus de queimadura:
		<input type="checkbox"/> 1º grau <input type="checkbox"/> 2º grau <input type="checkbox"/> 3º grau
EXAMES SOLICITADOS	<input checked="" type="checkbox"/> Radiografias <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada	
<input type="checkbox"/> Lavado peritoneal <input type="checkbox"/> Gasometria arterial <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea		
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS 1. <i>bio folio qd 1000000</i> 2. <i>bio folio qd 1000000</i> 3. <i>bio folio qd 1000000</i> 4. <i>bio folio qd 1000000</i> 5. <i>bio folio qd 1000000</i> 6. <i>bio folio qd 1000000</i> 7. <i>bio folio qd 1000000</i> 8. <i>bio folio qd 1000000</i> 9. <i>bio folio qd 1000000</i> 10. <i>bio folio qd 1000000</i>	
CÓDIGO <i>bio folio qd 1000000</i> ASSINATURA E CARIMBO <i>DR. LIMA JORGE DANTAS SOARES</i> <i>Ortopedia Geral</i> <i>CRM 8184</i>		
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO Solicito parecer da <i>bio folio qd 1000000</i> do dia <i>10/08/2020</i> Solicito parecer da <i>bio folio qd 1000000</i> do dia <i>10/08/2020</i>		
DESTINO DO PACIENTE	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico <input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde) <input type="checkbox"/> Internado (setor)	
DATA	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Até 48 hs. <input type="checkbox"/> Após 48 hs.	
DATA	<input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> A revisão <input type="checkbox"/> Desistência <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IMI <input type="checkbox"/> SVO	
SAÍDA		
HORAS:		
ASSINATURA/CARIMBO		ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

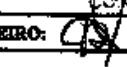
F(NG).CC.001-1

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

B.E/PRONTUÁRIO

162100
RODRIGO SILVA DOS ANJOS BE: 973877
DT: 08/03/1992
NOME: MARIA DE FÁTIMA SILVA DOS ANJOS
END.: RUA DE SANTO AMARO
N. 47 - SITIZINHO
JORDI PRESOR
PONTE: (1)
TELEFONE: (81) 8878-62874
IDADE: 23
DATA: 13/01/2017 23:08:03

NOME DO PACIENTE:		IDADE:	
PROCEDÊNCIA:		[] Doméstico [] Ambulância de resgate [] Ambulância SAMU [] Policia	
TIPO DE ACIDENTE:		[] Moto [] Automóvel [] Ônibus [] Bicicleta [] Atropelamento [] Envenenamento [] Incêndio - [] Explosão [] Arma de Fogo [] Arma branca [] Outros:	
TIPO DE LESÃO:		[] Fratura fechada [] Ferimento aberto [] Envenenamento [] Lesão óssea [] Queimadura [] Mordedura [] Objeto encaixado [] Ferimento contuso [] Amputação parcial [] Outros:	
LOCAL DA LESÃO:		[] Membros sup. [] Membros inf. [] Tórax [] Cabeça e pescoço [] Outros:	
DADOS CLÍNICOS (sintomas)			
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:		/ /	
EXAME FÍSICO	PA: 130/80 mmHg	P: 15 bpm	SpO2: 99 Tax:
Sistema Neurológico:			
Nível de Consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado			
Avaliação das pupilas: <input checked="" type="checkbox"/> Simétricas <input type="checkbox"/> Iecônicas Tamanho: <input type="checkbox"/> Médias <input type="checkbox"/> Anisocônicas <input type="checkbox"/> Míose			
Sistema Respiratório: <input type="checkbox"/> Ventilação invasiva <input checked="" type="checkbox"/> Ventilação espontânea <input type="checkbox"/> Vias aéreas párvias [] Traqueostomia <input type="checkbox"/> Respiração rápida <input type="checkbox"/> Obstrução parcial das vias aéreas [] Respiração ruidosa <input type="checkbox"/> Superfície ventilatória não invasiva <input type="checkbox"/> Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório: <input type="checkbox"/> Pulo ausente <input type="checkbox"/> Palpitação e taquicardia <input type="checkbox"/> Perfusion tissue satisfatória [] Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Perfusion tissue comprometida [] Palidez <input type="checkbox"/> Outros:			
Sistema Digestório: <input type="checkbox"/> HDA <input type="checkbox"/> Uso de SNG <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dor à palpação superficial [] HDB <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Rigidex abdominal <input type="checkbox"/> Dor à palpação profunda Outros:			
Sistema Genito-urinário: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Oliguria <input type="checkbox"/> Polidízia <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Outros:			
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Câncer <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Cirurgias			
[] Internações [] Outros:		Especificar:	
USO DE MEDICAÇÃO?		[] Sim <input type="checkbox"/> Não Especificar:	
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:		01 NOV 2017	
IMINIZADO CONTRA O TÉTANO?		[] Sim <input type="checkbox"/> Não	
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: PACIENTE, 62 ANOS, CONSCIENTE, SUPORTA, REGISTRO OS SINCOPE, TÉSUNAS MÍO, AUS MÍO, SGVUG DOS 62 ANOS,			
DESTINO:		ENFERMEIRO:  COREN:	

F(NG)EXP-022-1



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000264612

Idade: 23 anos

Paciente: ANDERSON SILVA DOS ANJOS

Data: 14/01/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Impressão Diagnóstica:

Estudo tomográfico do crânio sem evidência de alterações.

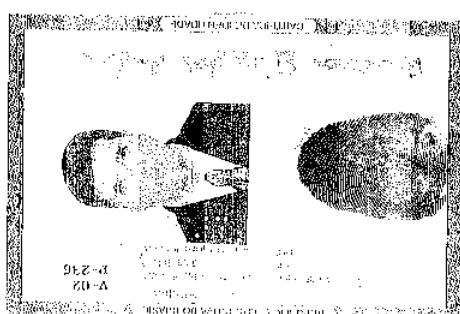
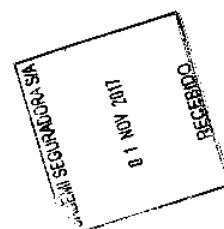
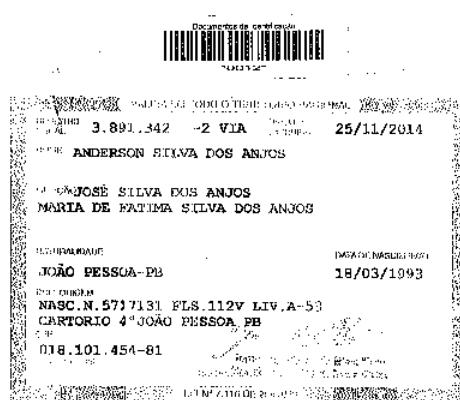
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(s) paciente.

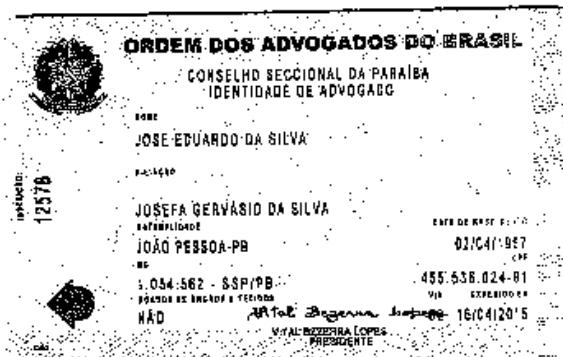


Este laudo foi liberado em 14/01/2017 06:37.


Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB







**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ANDERSON SILVA DOS ANJOS** Sinistro: **3170589956** Data: **13/01/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Sete de Setembro, 47 - Oitizeiro - João Pessoa - PB - CEP 58088-670**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3891342**

Data local do exame: [**21/11/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA EXPOSTA OSSOS DA Perna DIREITA. REFERE CLAUDICAÇÃO, APRESENTA GRANDE CICATRIZ, ADM NORMAL, TEM DISCRETA HIPOTROFIA EM MID

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna DIREITA, SUBMETIDO A CIRURGIA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

HIPOTROFIA MID (+/4+)

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

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

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
PERNA DIREITA

% de dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% de dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% de dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% de dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Luiz Eduardo Duque Portela

Luiz Eduardo Duque Portela - CRM: 6867 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/08/2020 16:16:30
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081116162733900000031690777
Número do documento: 20081116162733900000031690777

Num. 33105377 - Pág. 24

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170589956 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON SILVA DOS ANJOS **Data do acidente:** 13/01/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL
SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura exposta da tíbia e fibula direita

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à exame médico para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
				Total
			0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170589956 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERSON SILVA DOS ANJOS **Data do acidente:** 13/01/2017 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL
SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA OSSOS DA Perna DIREITA

Descrição do exame REFERE CLAUDICAÇÃO, APRESENTA GRANDE CICATRIZ, ADM NORMAL, TEM DISCRETA HIPOTROFIA EM MID.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna DIREITA, SUBMETIDO A CIRURGIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito em grau residual.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/11/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau residual do membro inferior devido a repercussão funcional do membro (hipotrofia muscular e claudicação).

Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Luiz Eduardo Duque Portela

CRM do médico: 6867

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Anderson Sílio dos Andrade, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Comerciante, CI RG nº 3888342, CPF/MF nº 03830345483, residente e domiciliado(a) à Rua Rua 3 de Setembro, Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58088-270, telefone 082335599, 982299552.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o nº 455.536.024-91 e RG sob o nº 1054562, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 24 de abril de 2017.

*TOSCANO DE BRITO
2º OFÍCIO DE NOTAS*

X Anderson Sílio dos Andrade

OUTORGANTE

