



Número: **0801154-70.2020.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Guarabira**

Última distribuição : **14/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>CLEONICE DE LIMA SILVA (AUTOR)</b>	<b>RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37726 296	11/12/2020 11:00	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
37726 865	11/12/2020 11:00	<a href="#"><u>2743534_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
37726 866	11/12/2020 11:00	<a href="#"><u>2743534_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:00:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111004441900000035990086>  
Número do documento: 20121111004441900000035990086

Num. 37726296 - 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, 18 de Março de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200115923** Vítima: CLEONICE DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 03/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CLEONICE DE LIMA SILVA**

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 n° 15632643



01289/01290 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:00:45  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111004506900000035990105>  
Número do documento: 20121111004506900000035990105

Nº 37726865 - 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, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200115923 Vítima: CLEONICE DE LIMA SILVA

Data do Acidente: 03/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). CLEONICE DE LIMA SILVA**

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

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

Recebedor: CLEONICE DE LIMA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000002007-9

Conta: 0000013403-1

Tipo: CONTA CORRENTE

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

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

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:

Seguradora Eider-DFVA





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
927.688.734-20 CLEONICE DE LIMA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <b>CLEONICE DE LIMA SILVA</b>	6 - CPF: <b>927.688.734-20</b>
7 - Profissão: <b>RECUSO</b>	8 - Endereço: <b>RUA HENRIQUE GILDO CUNHA</b>
9 - Número: <b>194</b>	10 - Complemento: <b>PARAESTE II GUARABUINA</b>
11 - Bairro: <b>PARAESTE II</b>	12 - Cidade: <b>GUARABUINA</b>
13 - Estado: <b>PB</b>	14 - CEP: <b>58200-000</b>
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <b>(083) 987088728</b>

### 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 checked="" 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:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA:  007  9

CONTA:  0013403  1

(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
teve filhos? Vivos: Falecidos: nascituro/via nascer? Vivos: Falecidos: teve irmãos? Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Sua Pessoa - Pb, 13/03/2020**  
**Yltonice de Lima Silva**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1 V002/2019





Lo conto Covante  
15



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:00:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111004506900000035990105>  
Número do documento: 20121111004506900000035990105

Num. 37726865 - Pág. 4



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
Supintendência Regional de Polícia Civil  
Central da Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



POLÍCIA  
**CIVIL**  
PARAÍBA

GOVERNO  
**DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02762.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02762.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:36 horas do dia 12 de março de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu Cleonice de Lima Silva, CPF nº 927.688.734-20, RG nº 1145656 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil viúvo(a), profissão Aposentada, filho(a) de Maria Percira de Lima e Manoel Antonio de Lima, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 10/02/1949 (71 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Hermenegildo Cunha, Nº 194, complemento Bairro Nordeste II, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Colegio Polivalente, na cidade de Guarabira/PB, telefone(s) para contato (83) 98658-9037.

#### Dados do(s) Fatos:

Local: R. Hermenegildo Cunha, nº 194, Bairro Nordeste II, Em Frente a Residencia da Noticiante, Guarabira/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/11/19 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

#### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que ao atravessar a na rua Hermenegildo Cunha em frente a sua residencia, foi surpreendida por uma motocicleta que vinha em alta velocidade vindo a atropelar a noticiante, atingindo seu braço e a sua mão, que logo após a noticiante foi socorrida por terceiros para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena sendo atendida com Diagnóstico, Fratura de Úmero proximal E + fratura de radio distal E - CID: 10 S 42.2 S52.5 conforme LAUDO MEDICO emitido pelo Dr. Juan Jaime Alcoba Arce - CRM: 3323/PB.

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, 12 de março de 2020.

ADONIS COELHO REGADAS  
Agente de Investigação

CLEONICE DE LIMA SILVA  
Noticiante

Procedimento Policial: 02762.01.2020.1.00.401

1/1





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

927688734-20 CLEONICE DE LIMA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: CLEONICE DE LIMA SILVA	6 - CPF: 927.688.734-20
7 - Profissão: RECUSO A VIDA HUMANA GILDO CUNHA	8 - Endereço: RECUSO A VIDA HUMANA GILDO CUNHA
9 - Número: 194	10 - Complemento: 11 - Bairro: NORDESTE II
12 - Cidade: GUARABUÍ	13 - Estado: PB
14 - CEP: 58200-000	15 - E-mail: (083) 987088728

### 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 checked="" 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: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 007  CONTA: 0013403   
(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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
teve filhos?  Vivos:  Falecidos: nasceu(na)  Vivos:  Falecidos: pais/avós vivos?  Não  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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  Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, São Pessoa-PB, 13/03/2020  
Yltonice de Lima Silva  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1/002/2019





Lo conto Covante  
15



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:00:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111004506900000035990105>  
Número do documento: 20121111004506900000035990105

Num. 37726865 - Pág. 7

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: CLEONICE DE LIMA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02007-9

CONTA: 000000013403-1

---

Nr. Autenticação  
BRADESCO31032020050000000002370200700000013403236250 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:00:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111004506900000035990105>  
Número do documento: 20121111004506900000035990105

Num. 37726865 - Pág. 8



CAGEPA

**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA**  
**Rua Feliciano Góes, 220 - Jardim Igarapé - João Pessoa - PB**  
**CEP: 58.016-070 - CNPJ: 77.09.123.654/0001-87**

PARCERIA CAGEPA / CAGEPA	
INFORME ESTE NÚMERO MATRÍCULA	
22615741	REFERÊNCIA
SET/2019	
<b>CAGEPA</b> COMPANHIA DE ÁGUA E ESCORTS DA PARAÍBA Rua Feliciano Góes, 220 - Jiquatuba, João Pessoa - PB CEP: 58.015-070 - CNPJ: 08.123.654/0001-87	
CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS	
<b>LEONICE DE LIMA SILVA</b> <b>RUA HERMENEGILDO DA CUNHA, 194 - NORDESTE</b> <b>GUARABIRA PB 58200-000</b>	

PARCELA DE CONSUMO DA CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO MATRÍCULA		22615741	REFERÊNCIA	SET/2019
COMPANHIA DE ÁGUA E ESCORTAS DA PARÁBA RUA FELICIANO GOMES, 220 - Jiquatuba - João Pessoa - PB CEP: 58.015-070 - CNPJ: 08.123.654/0001-87				
CONTAS DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS				

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Ressponsável
953.016.040.0204.000	000	1	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgo
Y05X015959	10/03/2005	EXTERNO	IGADO
ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (m <sup>3</sup> )   NÚM. DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA			'OTENCIAL
3152	3159	7	30
HIST. CONS./ANOR. LEIT.   QUAL ID. AGUA ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.			25/10/2019
AGO/2019	12	PARAMETROS EXIG.	ANALIS. CONFORMES
JUL/2019	10	TURBIDEZ	0
JUN/2019	13	CLORO	0
MAI/2019	19	COL. TERNOT	0
ABR/2019	12	COR	0
MAR/2019	7	COL. TOTAIS	0
MEDIA(M)	12	DADOS REFERENTES A: JUL/2019	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:00:45  
<http://pie.tjbj.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111100450690000035990105>  
Número do documento: 2012111100450690000035990105

Núm. 37726865 - Pág. 9



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Cleonice de Lima silva

DATA DE NASCIMENTO 10/02/49

NOME DA MÃE Maria Pereira de Lima

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 119069

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1201287

DATA DO ATENDIMENTO 03/11/19

HORA DO ATENDIMENTO 23:52:00

MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero proximal E + fratura de rádio distal E.

CID 10 S42.2 S52.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento por moto, com trauma em braço e antebraço esquerdo, dor local, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de antebraço E, braço E, punho E.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

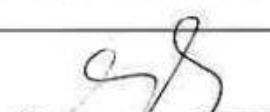
RX: fratura de úmero proximal E e rádio distal E.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de rádio distal E (11/11/19). Tratamento cirúrgico de fratura de úmero proximal E (17/11/19)

ALTA HOSPITALAR: 18/11/2019

DATA DA EMISSÃO: 21/02/2020

  
Dr. Juan Jaime Alceba 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





Documento de Alta

<b>Nome:</b> CLEONICE DE LIMA SILVA			<b>Número Prontuário:</b> 119069
<b>Data de Nascimento:</b> 10/02/1949	<b>Sexo:</b> Feminino	<b>Data de Internação:</b> 04/11/2019 06:50:05	<b>Data de Alta:</b> 18/11/2019 12:12:45
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
<b>Resumo da Internação:</b> #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
<b>Resultado de Exames:</b> #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
<b>Tratamento:</b> #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			
<b>Diagnóstico:</b> S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero			
<b>Recomendações:</b> #ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG			

Data: 18/11/2019

*Jorge José Sousa Pinto*  
CRM: 12278  
JORGE JOSE SOUSA PINTO  
CRM: 12278 - PB





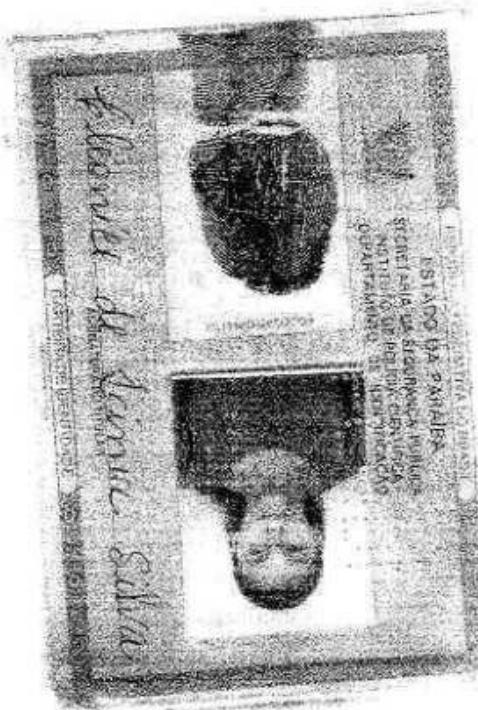
17/02

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1201287



Identificação do paciente				
ID 1454244	Nome CLEONICE DE LIMA SILVA			Sexo: Feminino
Data de nascimento 10/02/1948	Idade: 70 anos 8 meses 24 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA PEREIRA DE LIMA				Pai: MANOEL ANTONIO DE LIMA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) MILENE SILVA GOMES - NETO(A)
DDD Celular 83	Celular 987826677			DDD Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1145556			Nº Cns 708005849730826
Local de procedência HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA ANTONIO PAULINO FILHO				Tipo UNIDADESAUDE
n/a	Naturalidade SAPE			UF PB
Endereço				
CEP 58200000	Município de residência GUARABIRA	UF PB	Logradouro HERMENEGILDO CUNHA	
Número 94	Complemento			Bairro NORDESTE II
Admissão				
Data e Hora 03/11/2019 23:52:28	Número da pulseira <b>1000007922670</b>			Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clinica
Classificação de risco				Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO			Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma: Não	
Vôo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou NAO INFORMADO			
Sinais Vitais				
PA X	mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Ralo X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos				
Diagnóstico:				CID:
Atendido por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				Tempo 11seg





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
CLEONICE DE LIMA SILVA	1201287	03/11/2019 23:52:28	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
10/02/1949	70a 8m 25d	Feminino	(83) 987826677
Mãe			Prontuário
MARIA PEREIRA DE LIMA			
Endereço	Bairro	Município	UF
HERMENEGILDO CUNHA, 194	NORDESTE II	GUARABIRA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X PEDESTRE	ATROPELAMENTO	GILVANDO CARNEIRO LEAL	2489/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
03/11/2019 23:52:28		04/11/2019 02:31:03	

### ANAMNESE

REFERE TER SIDO ATROPELADA POR MOTO SENDO ATINGIDA NO BRAÇO E ANTEBRAÇO ESQUERDO SENTINDO DOR LOCAL. Nega alergia medicamentosa. ACUSA DOR DISCRETA AO EXAME ATIVO E PASSIVO DO BRAÇO E ANTEBRAÇO ESQUERDO. DEAMBULAÇÃO NORMAL. ABSÉNCIA DE LESÕES EXTERNAS, MOBILIDADE DOS MMSS E MMII PRESERVADA. TÓRAX E ABDÔME: NDN CONDUTA: EXS.

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE BRAÇO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLICUA)

### CID10

M79.6 - Dor em membro

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

GILVANDO CARNEIRO LEAL  
(: 2489/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 03/11/2019 23:52:39





Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SEGUE  
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
CLEONICE DE LIMA SILVA		1201287	03/11/2019 23:52:28	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Telefone de Contato
10/02/1949	70a 8m 25d	Feminino	708005849730826	(83) 987826677
Mão				Prontuário
Maria Pereira de Lima				
Endereço		Bairro	Município	UF
HERMENEGILDO CUNHA, 194		NORDESTE II	GUARABIRA	PB
Acidente	Motivo		Profissional	Nº Cons. Regional
MOTO X PEDESTRE	ATROPELAMENTO		IGOR QUEIROZ CAVALCANTE	7733/
Data/Hora Classificação			Data/Hora Proscrição	
03/11/2019 23:52:28			04/11/2019 05:06:22	

## ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA NO OMBRO E E PUNHO E APOS COLISAO COM MOTO HÁ HORAS. HD FRATURA DO RÁDIO DISTAL E E FRATURA DO UMERO PROXIMAL E CD: INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO

## DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 500,0 MG VIA ORAL, 8/8H  
OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA

## CUIDADOS

SSVV + CCGG

## Conduta

Em observação



Enfermeiro

IGOR QUEIROZ CAVALCANTE  
(CRM: 7733/)

Relatório registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 03/11/2019 23:52:39



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:00:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111004506900000035990105>  
Número do documento: 20121111004506900000035990105

Num. 37726865 - Pág. 15



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



Impresso por: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA  
Em: 17/11/2019 10:28:14

Nome <b>CLEONICE DE LIMA SILVA</b>		Boletim de Atendimento: <b>1201287</b>	Data/Hora Entrada <b>03/11/2019 23:52:28</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>10/02/1949</b>	idade <b>70</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>708005849730826</b>	Prontuário: <b>119069</b>
Tempo de Internação <b>13d 3h 48min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>03/11/2019 23:52:28</b>	Data Internação <b>04/11/2019 08:50:05</b>	Permanência na Unidade: <b>13d 10h 46min</b>		Permanência no Leito: <b>5d 13h 57min</b>

#### Evolução Médica (TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA - 17/11/2019 10:26:38)

##### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

PACIENTE EM POS OP IMEDIATO DE FRATURA DE UMERO PROXIMAL  
SEM INTERCORRENCIAS

Seção: POSTO II - ENF 17 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: TIBIRICA MEDEIROS BARBOSA

Número Conselho: 7296

Dr. Tibirica Med.  
Ortopedia Traumatologia  
Cirurgia Ombro e Cotovelo  
CRM-PB 7296 CREMEPE: 18474  
SUSP 15069



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:00:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111004506900000035990105>  
Número do documento: 20121111004506900000035990105

Num. 37726865 - Pág. 16



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 • CNES: 2593262

Impresso por: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO  
Em: 11/11/2019 07:17:33

Nome: <b>CLEONICE DE LIMA SILVA</b>		Bolelim de Atendimento <b>1201287</b>	Data/Hora Entrada <b>03/11/2019 23:52:28</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>10/02/1949</b>	Idade <b>79</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>708005849730826</b>	Prontuário <b>119069</b>
Tempo de Internação <b>7d 27min</b>		Convênio <b>SUS</b>		Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>03/11/2019 23:52:28</b>	Data Internação <b>04/11/2019 06:50:05</b>	Permanência na Unidade: <b>7d 7h 25min</b>		Permanência no Leito: <b>7d 27min</b>

#### Evolução médica (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 11/11/2019 07:17:28)

##### **Evolução**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

##### **ORTOPEDIA**

FRATURA DO UMERÓ PROXIMAL E RÁDIO DISTAL E.; EXAMES + RISCO OK;

AGUARDANDO PLACA PHILLIPS

CD: AGENDAR CIRURGIA.

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 - Leito: LEITO - 013

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:00:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111004506900000035990105>  
Número do documento: 20121111004506900000035990105

Num. 37726865 - Pág. 17



Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO  
Em: 07/11/2019 08:24:03

Nome <b>CLEONICE DE LIMA SILVA</b>		Boletim de Atendimento <b>1201287</b>	Data/Hora Entrada <b>03/11/2019 23:52:28</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>10/02/1949</b>	Idade: <b>70</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>708005849730826</b>	Prontuário <b>119069</b>
Tempo de Internação <b>3d 1h 34min</b>		Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>DIURNO</b>	
Data de Entrada <b>03/11/2019 23:52:28</b>	Data Internação <b>04/11/2019 06:50:05</b>	Permanência na Unidade: <b>3d 8h 32min</b>	Permanência no Leito: <b>3d 1h 34min</b>	

#### Evolução Médica (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 07/11/2019 08:23:49)

##### **EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL E RÁDIO DISTAL E  
SEGUE ESTÁVEL NO MOMENTO  
AGUARDA PLACA PHILLUS  
CD: RISCO OK, EXAMES OK

Seção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 013  
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Cleonice de Lima Siles BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Clínica/Setor: Ortoped EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
 Cirurgia: Ortoampliação de Fx Ombro prox E  
 Cirurgião: Dr Alexandre Nishimi 1º Assistente: Dr Telêncio  
 2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
 Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fx Ombro prox E</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>RAEi</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:

Dr. Thibárcia Medeiros  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia Ombro e Cotovelo  
CRM-PB 7236 CREMESP: 18474  
LEOT 1506

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

I(NG)ASCR.0094



# RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1ºº em Coelhos de prado rote anterior  
Artéria + Antevertéris + ligas arterias

Incisão:

Incisão deltopectoral

Achados:

Conduta:

- Divisões por planos
- Reduções dos fragmentos e fixação por placa Philes + parafusos de ilíaco

Fechamento:

Suturas por planos

Observação:

Médico/CRM:

Dr. Ibiricá Medeiros  
Ortopedia Traumatologa  
Cirurgia Ombro e Cotovelo  
CRM-PB 7299 CRM-EPE: 16174  
TEOT 15069

João Pessoa, 17/11/19

E(NG)ASCR 009-4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:00:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111004506900000035990105>

Número do documento: 20121111004506900000035990105

Num. 37726865 - Pág. 20



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

NOME: CLEONICE DE LIMA SILVA - BE/PRONTUÁRIO 1201287  
IDADE: 70 SEXO: FEM COR:  DATA: 11/11/2019  
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP:  LR:   
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

CIRURGIÃO: DR. MILTON BARBOSA 1º ASS: DR. KARTNEY  
2º ASS: MR1 LAIANA 3º ASS:   
INSTRUMENTADOR:  ANESTESISTA: DRA AMANDA  
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO HORÁRIO INÍCIO:  TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO.

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

 ENFERMARIA  
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 11/11/2019

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
<b>PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA</b>	
<b>ASSEPSIA E ANTISSEPSIA</b>	
<b>APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS</b>	
Incisão:	
Achados:	
<b>FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO</b>	

Conduta:	
<b>REDUÇÃO INCRUENTA COM AUXÍLIO DE ESCOPIA</b>	
<b>PASSAGEM DE 2 FIOS K PARA MANUTENÇÃO DA REDUÇÃO</b>	
<b>AUXÍLIO DE ESCOPIA</b>	
<b>CURATIVOS ESTÉREIS</b>	
Fechamento:	
<b>TALA BRAQUI PALMAR A DIREITA</b>	
<b>RAIO-X DE CONTROLE</b>	
Observação:	

Médico/CRM:

João Pessoa,

11/11/2019



## Nota de Sala Cirúrgica

NET 2021

HEE 2011

**Leônico de Lima Soho**

NOME DO PACIENTE: Leônico de Lima Soho  
IDADE: 70 ANOS MASCULINO MONTUANHO  
ENTRADA: 17 SET 02  
CIRURGIA: Cirurgico de tratamento de Radio Cristal fixo.  
CIRURGIA: Non  
ANESTESIA: Bloqueio da Plevra  
ANESTESISTA: Leomando  
INSTRUMENTACAO:

DATA: 11/11/2019 TEMPO CIRURGICO - ANESTESIA INICIO: 00:10 FIM: 00:30 DURAÇÃO: 00:20

ÍNDICE DE RIESGO DE CIRUGÍA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

**GRAU DE COM. ANIACAO:**  LIMPA  CONTAMINADA  INFECTADA  PREDIAL  OUTRO

DELCO Nº 14  
DELCO Nº 15  
regulador de Pleno 25 mm 1

~~1996-01-01~~  
LIMA, Santos  
SERVICIO DE ENFERMERIA  
COREN PB 384807  
FINGIA E-021-021-



### FICHA DE ANESTESIA

DATA: M M 10,

PRONTUÁRIO: 1201287

PACIENTE:	CLEONICE DE LIMA SILVA		DATA ADMISSÃO:	PRONTUÁRIO:	NO 12567	
PRESSÃO ARTERIAL:	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA:	SEXO: F COR:	IDADE: 70	
ESTADO GERAL:	(REGULAR) / IRREGULAR / MUITO PESSIMO	MUITO PESSIMO	RISCO CIRÚRGICO:	GRUPO SANGUÍNEO:		
EXAMES COMPLEMENTARES:						
AP. RESPIRATÓRIO:	AP. CIRCULATORIO					
AP. DIGESTIVO:	ZEPUN > 8L	ESTADO MENTAL	DROGAS EM USO			
PRE-ANESTÉSICO:						
TYPE: HORA:						ESTADO FÍSICO (ASA)
DIAGNÓSTICO TÉ-OPERATÓRIO:						II
CIRURGIA REALIZADA:	Extrusão de nódulo distal esquerdo					
CIRURGIA:	AUXILIARES					
INÍCIO DA ANESTESIA:	20:10	TERMINO DA ANESTESIA:	20:30	DURAÇÃO DA ANESTESIA:	no!	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	QUANT. DE CH:					VALORES RS:
ANESTESISTA:	Jucando Fonseca					CRISPS: 10.612
ANESTESIÓLOGO:						
DR.:						
N.º:						

Dra. Amanda V. Andrade

CRM-PB 10.692  
Anestesiologista





**Documento de Alta**

<b>Nome:</b> CLEONICE DE LIMA SILVA			<b>Número Prontuário:</b> 119069
<b>Data de Nascimento:</b> 10/02/1949	<b>Sexo:</b> Feminino	<b>Data de Internação:</b> 04/11/2019 06:50:05	<b>Data de Alta:</b> 18/11/2019 12:12:45
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> <del>#ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG</del>			
<b>Resumo da Internação:</b> <del>#ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG</del>			
<b>Resultado de Exames:</b> <del>#ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG</del>			
<b>Tratamento:</b> <del>#ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG</del>			
<b>Diagnóstico:</b> S42.2 - Fratura da extremidade superior do úmero			
<b>Recomendações:</b> <del>#ORTOPEDIA #FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO 1º DPO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE UMERO PROXIMAL ESQUERDO SEM INTERCORRENCIAS. POR DR. TIBIRIÇA PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS. CD: ALTA HOSPITALAR CARTÃO DE RETORNO NO HTOP ANALGESIA ANTIBIOTICO ORIENTAÇÕES. PRECEPTOR: DR. HEISENBERG</del>			

Data: 18/11/2019

*Jorge Nogueira Pinto*  
JORGE NOGUEIRA PINTO  
CRM/12278 - PB



PatientID: 000000110068  
Name: CLEONICE DE LIMA SILVA  
Sex: Feminino  
BirthDate: 10.02.1949  
Age: 70a.



HTOP



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:00:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111004506900000035990105>  
Número do documento: 20121111004506900000035990105

Num. 37726865 - Pág. 26

PatientID: 000000110068  
PatientName: CLEONICE DE LIMA SILVA

Sex: Feminino  
BirthDate: 10.02.1949  
Age: 70a.

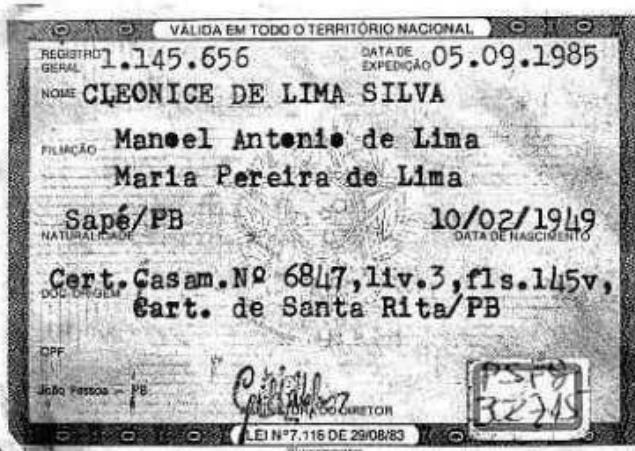
StudyDate:06.12.2019

E

Image:1 Series:

HTOP





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:00:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111004506900000035990105>  
 Número do documento: 20121111004506900000035990105

Num. 37726865 - Pág. 28



Advogada Líder • DPVAT

**SEGURÓ DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS**

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

<b>VÍTIMA</b> <b>DATA DO ACIDENTE</b> <b>PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO</b>	<b>QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR</b> <b>A VÍTIMA É</b> <b>ENDEREÇO DO PORTADOR</b>	<b>( ) VÍTIMA</b> <b>( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARÂNTESCO COM</b> <b>UF</b> <b>CIDADE</b> <b>E-MAIL</b>	<b>CPF DA VÍTIMA</b> <b>BARRITO</b> <b>CEP</b> <b>TELEFONE ( )</b>
---	---	--	---

**DOCUMÉNTOS BÁSICOS - INVAI DEZ PERMANENTE**  
MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

( 1 ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( 1 ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA  
(ORIGINAL)  
( 1 ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ FENAVANTIL**

( ) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE FÉCAL É QUEM DEFENDE A VITIMA MENOR DE 14 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE.

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO DA CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM DEVIDO BANCÁRIO PELO TAL COMO CASA DE FOI HA DE CHEQUE OU CARTÃO TRANSFERIR

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDA DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (KÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (KÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (KÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)**

**OBS:** REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDA DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REIMBOSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA. COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O LISTADO NESTE FORMULARIO PARA A COMPANHIA. O PRAZO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DIVARASEGURADOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DIVARASEGURADOTRANSITO.COM.BR) OU LIGU GRATUITAMENTE PARA O NÚMERO 027-1770.

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADOR	
DATA	
NOME	
ASSINATURA	
F-PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	
DATA	
DENITDADE	<i>Bleomil</i>
ASSINATURA	



Seguradora Líder • DPVAT

**SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS**

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____	DATA DO ACIDENTE _____	CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO		
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	( ) VÍTIMA	( ) REPRESENTANTE LEGAL, CJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDERECO DO PORTADOR		
Nº _____	COMPLEMENTO _____	BAIRRO _____
CIDADE _____	UF _____	CEP _____
E-MAIL _____		

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:  
DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATORIO DO MEDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTENCIA DA INVAZAO PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
( ) SOLENTIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (COPIA SIMPLES E LEGIVEL)  
( ) COMPROMISSO DE RESIDENCIA EM NOME DA VITIMA (COPIA SIMPLES E LEGIVEL) QUO DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCARIOS Tais como COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTERIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

**OBS:** REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DÉ DA 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS INV

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LCF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS TAL COMO COPIA DE BOLETO OU CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO.

- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CERTIDO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

) CEP DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)**

OBS.: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 18 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALDRIES DE INDENIZAÇÃO**

  - MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDA  
DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

COMO HABER MAIS INFORMAÇÕES, EM VÍNCO, CONECTE-SE AO SITES DA COMPANHIA DE SEGURO, CED, SUCURSAL DO DOCUMENTOS COMPLEMENTARES FONDE, O CNAE, IAPAE, MAIS AS ASSOCIAÇÕES DE SEGUROS.

LISTADOS NESTE FORMULARIO PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE <a href="http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR">WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR</a>	
GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204	
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	
DATA _____	
DENTIDADE _____	
ASSINATURA _____	
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADO	
DATA _____	
NOME _____	
ASSINATURA _____	

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:00:45  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012111100450690000035990105>  
Número do documento: 2012111100450690000035990105

Núm. 37726865 - Pág. 30

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200115923      **Cidade:** Guarabira      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CLEONICE DE LIMA SILVA      **Data do acidente:** 03/11/2019      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 19/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE ÚMERO PROXIMAL E RÁDIO DISTAL ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DÉFICIT FUNCIONAL DO MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** A

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:00:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111004506900000035990105>

Número do documento: 20121111004506900000035990105

Num. 37726865 - Pág. 31

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200115923 Cidade: Guarabira Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: CLEONICE DE LIMA SILVA Data do acidente: 03/11/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

Data da análise: 19/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: A

Resultados terapêuticos: A

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A

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
			Total	0 %



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091876/20

**Vítima:** CLEONICE DE LIMA SILVA

**CPF:** 927.688.734-20

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/11/2019

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Titular do CPF:** CLEONICE DE LIMA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**CLEONICE DE LIMA SILVA : 927.688.734-20**

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: 13/03/2020  
Nome: CLEONICE DE LIMA SILVA  
CPF: 927.688.734-20

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

\_\_\_\_\_  
CLEONICE DE LIMA SILVA

\_\_\_\_\_  
LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE GUARABIRA/PB**

**Processo: 08011547020208150181**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CLEONICE DE LIMA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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

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

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

GUARABIRA, 9 de dezembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES  
15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:00:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111004563800000035990106>  
Número do documento: 20121111004563800000035990106

Num. 37726866 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 11:00:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121111004563800000035990106>  
Número do documento: 20121111004563800000035990106

Num. 37726866 - Pág. 2