



Número: **0800057-81.2020.8.15.1071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Jacaraú**

Última distribuição : **29/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34194046	11/09/2020 11:08	2749421_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658138

Vítima: FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15163329





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190658138

Vítima: FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **001**

Agência: **000002191-1**

Conta: **000010002182-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 041.6330/89 3 - CPF da vítima: 143.192.454-74 4 - Nome completo da vítima: Francilene Brasil dos Santos

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

5 - Nome completo: Francilene Brasil dos Santos 6 - CPF: 143.192.454-74
7 - Profissão: Agricultora 8 - Endereço: Sítio Ponta de Paço 9 - Número: 511 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Arco Ruivo 12 - Cidade: Lagoa de Dentro 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58250-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 2191 1 CONTA: 2182 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital
Vítima ou
Beneficiário ou
Representante Legal

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL

Livro nº 03/2019

Ocorrência nº. 646/2019



Aos 21 dias de novembro de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 11h:54min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS, conhecido por , RG nº 4.437.879-SSP/PB, CPF nº 143.192.454-74, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: solteira, profissão: agricultora, filho(a) de Joacil Batista dos Santos e Sonia Basilio dos Santos, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 12/01/2000, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Canto de Pedra, S/Nº, nº , bairro: - Lagoa de Dentro/PB, tendo como ponto de referência: px. a GORETE, fone(s) para contato: (83) 99120-7088.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 4 de agosto de 2019;
- 3) HORÁRIO: 1h:0min;
- 4) LOCAL: PB-085 nº , bairro Sítio Feijões-Lagoa de Dentro/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de traumas de João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/CG 125 TITAN, ano/modelo: 1999/2000, cor vermelha, NIV: 9C2JC2500YR004526, placa: MNH-6167/PB, licenciada em nome de MARIA JOSÉ DOS SANTOS OLIVEIRA

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE.

11) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE a notificante conduzia a motocicleta acima mencionada, quando a corrente do veículo se soltou, o que fez a notificante perder o controle e cair na pista; QUE em seguida foi socorrida para o hospital de Traumas de João Pessoa.

12) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Francilene Basilio dos Santos
FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS
Comunicante

Kennedy De Carvalho Andrade
Escrivã(o)/Agente Mat. nº 155.335-6





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

041.6330/89

3 - CPF da vítima:

143.192.454-74

4 - Nome completo da vítima:

Francilene Brasil dos Santos

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

5 - Nome completo:

Francilene Brasil dos Santos

6 - CPF:

143.192.454-74

7 - Profissão:

Agricultora

8 - Endereço:

Sítio Ponta de Pedra

9 - Número:

511

10 - Complemento:

-

11 - Bairro:

Aroeira

12 - Cidade:

Lagoa de Dentro

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58250-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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:



RECUSO INFORMAR



SEM RENDA



R\$1.00 A R\$1.000,00



R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00



R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00



ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☒ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2191

1

CONTA:

2182

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE



Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:



Solteiro



Casado (no Civil)



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 teve filhos?



Sim



Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

30 - Vítima deixou nascituro (vivas)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:



Falecidos:



Sim



Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário ou representante legal

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa PB 26-11-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2020 11:08:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091111081904800000032704274>

Número do documento: 20091111081904800000032704274

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	05/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

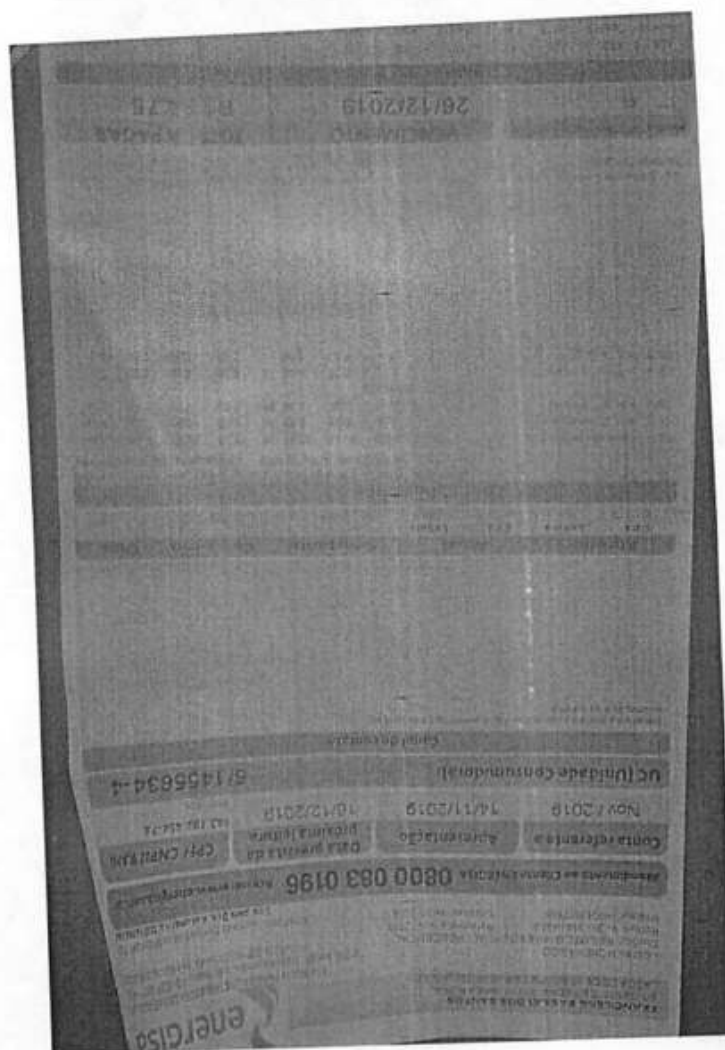
BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000010002182-4

Nr. da Autenticação C060108672260EA9







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

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1181217

PACIENTE: FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 12.01.00

Data e Hora do Atendimento: 04.08.19

Horário: 4:46h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta com quadro de dor na região do ombro esquerdo. Atendido pelo Dr. Geraldo Camilo Neto CRM 8089, Dr. Jansen Henriques CRM11.385.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS
CID 10 T 07

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da traumatologia, Rx da Omoplata AP e Perfil, Rx da Clavícula e tratamento clínico conservador com imobilização em 8.

ALTA HOSPITALAR: Em 04.08.19 às 9:29h.

Data da Emissão: 21.10.19


Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

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

Boletim de Atendimento: 1181217



Identificação do paciente						
ID 1428837	Nome FRANCLENE BASILIO DOS SANTOS			Sexo Feminino		
Data de nascimento 12/01/2000	Idade 19 anos 6 meses 23 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe SONIA BASILIO DOS SANTOS	Pai JOACIL BATISTA DOS SANTOS					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) JAQUELINE BATISTA DOS SANTOS - TIO (A)					
DDD Celular 00	Celular 00000000	DDD	Telefone			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4437879	Nº Cns				
Local de procedência LAGOA DE DENTRO	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
E-mail	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58250000	Município de residência LAGOA DE DENTRO	UF PB	Logradouro CAMPO DE PEDRA			
Número S/N	Complemento	Bairro ZONA RURAL				
Admissão						
Data e Hora 04/08/2019 04:46:15	Número da pulseira 100007275585	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos Vítima de queda de moto, após dar um ombro esquerdo enrolado pelo garfo e mesmo ombro que o 1º osteometa e para o ortopedista						
Diagnóstico Elaet Lima de Farias com o diagnóstico de SMC						
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO						CID
						Tempo 54seg

Imprimir



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2020 11:08:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091111081904800000032704274>

Número do documento: 20091111081904800000032704274



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

ARÉIA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS	BAE 1181217	Data/Hora Entrada 04/08/2019 04:46:15	Data Baixa 2019-08-04 09:29:50.0
Data de nascimento 12/01/2000	Idade 19a 6m 23d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe SONIA BASILIO DOS SANTOS		CNS	Prontuário
Endereço CAMPO DE PEDRA, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município LAGOA DE DENTRO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JANSEN HENRIQUES CEZARINO	Nº Cons. Regional 11385/PB
Data/Hora Classificação 04/08/2019 04:46:15		Data/Hora Prescrição 04/08/2019 09:29:52	

ANAMNESE

VITIMA DE QUEDA DE MOTO, QUEIXA DE DOR EM OMBRO ESQUERDO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. EF. DOR À PALPAÇÃO COM LIMITAÇÃO DA ADM EM OMBRO ESQUERDO. CD. RX. AVAL ORTOPEDIA.
(04/08/2019 04:46:03-GERALDO CAMILO NETO)

#ortopedia paciente vítima de acidente de moto hoje, apresentando dor em ombro esquerdo ao exame: egr, adm ok, neurovascular ok rx: fratura da clavícula esquerda. cd: imobilização em B + rx de controle
(04/08/2019 07:51:39-JANSEN HENRIQUES CEZARINO)

#ortopedia paciente vítima de acidente de moto hoje, apresentando dor em ombro esquerdo ao exame: egr, adm ok, neurovascular ok rx: fratura da clavícula esquerda. cd: imobilização em B alta hospitalar retorno no htop aines staff: dr. teofilo
(04/08/2019 09:29:52-JANSEN HENRIQUES CEZARINO)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO 8

CID10

T07 - Traumatismos múltiplos não especificados

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Alta

Usuário
JANSEN HENRIQUES CEZARINO
Motivo da Alta
ALTA MEDICA

Data e Hora
04/08/2019 09:29:50
Observações:

Médico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PB 11385

FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM: 11385/PB)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2020 11:08:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091111081904800000032704274>

Número do documento: 20091111081904800000032704274

Num. 34194046 - Pág. 10



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**SEGUE
o trabalho**

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS	BAE 1181217	Data/Hora Entrada 04/08/2019 04:46:15	Data Baixa
Data de nascimento 12/01/2000	Idade 19a 6m 23d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (60) 60000000
Mãe SONIA BASILIO DOS SANTOS		CNS	Prontuário
Endereço CAMPO DE PEDRA, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município LAGOA DE DENTRO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GERALDO CAMILO NETO	Nº Cons. Regional 8089/PB
Data/Hora Classificação 04/08/2019 04:46:15		Data/Hora Prescrição 04/08/2019 04:56:05	

ANAMNESE

VITIMA DE QUEDA DE MOTO, QUEIXA DE DOR EM OMBRO ESQUERDO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. EF. DOR À PALPAÇÃO COM LIMITAÇÃO DA ADM EM OMBRO ESQUERDO. CD. RX. AVAL ORTOPEDIA.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

CID10

T07 - Traumatismos múltiplos não especificados

Conduta

Em observação

Dr. Geraldo Camilo Neto
Cirurgia do Aparelho Digestivo
CRM PB 8089

FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

GERALDO CAMILO NETO
(CRM: 8089/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 04/08/2019 04:47:09



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2020 11:08:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091111081904800000032704274>

Número do documento: 20091111081904800000032704274



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS	BAE 1181217	Data/Hora Entrada 04/08/2019 04:46:15	Data Baixa
Data de nascimento 12/01/2000	Idade 19a 5m 23d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (00) 00000000
Mãe SONIA BASILIO DOS SANTOS			Prontuário
Endereço CAMPO DE PEDRA, S/N	Bairro ZONA RURAL	Município LAGOA DE DENTRO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JANSEN HENRIQUES CEZARINO	Nº Cons. Regional 11385/PB
Data/Hora Classificação 04/08/2019 04:46:15		Data/Hora Prescrição 04/08/2019 07:51:39	

ANAMNESE

Historia: paciente vítima de acidente de moto hoje, apresentando dor em ombro esquerdo ao exame: egr, adm ok, neurovascular ok rx: fratura da clavícula esquerda . cd: imobilização em 8 + rx de controle

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

PROCEDIMENTO

IMOBILIZAÇÃO 8

Conduta

Em observação

Médico
Dr. Jansen Henriques
CRM/PB 11385

FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM 11385/PB)

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 04/08/2019 04:47:09



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2020 11:08:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091111081904800000032704274>

Número do documento: 20091111081904800000032704274

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

OPHM

P-079




Francilene Basilio dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.437.879 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/07/2016

NOME FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOACIL BATISTA DOS SANTOS
SONIA BASILIO DOS SANTOS

NATURALIDADE GUARABIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 12/01/2000

DOIS ORIGEM
NASC.N.8633 FLS.182 LIV.A 06
CARTORIO LAGOA DE DENTRO PB

CPF

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/09/2020 11:08:19

AB +

Marcelo A. B. Lacerda Jr.
Chefe de Núcleo de Ident. Civil e Criminal

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
143.192.454-74

Nome
FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

Nascimento
12/01/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
A4F4.664E.2D70.C342

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:54:58 do dia 06/02/2017 (hora e data de Brasília)

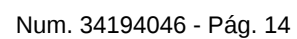
digito verificador: 00



PB Nº 012031302993 BILHETE DE SEGURO OPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.

2015-03-11/2015



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190658138 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/08/2019 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.5
ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416330/19

Vítima: FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

CPF: 143.192.454-74

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 04/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS : 143.192.454-74

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 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: 26/11/2019
Nome: FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS
CPF: 143.192.454-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

FRANCILENE BASILIO DOS SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

