



Número: **0800056-96.2020.8.15.1071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Jacaraú**

Última distribuição : **29/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

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	
RICLEIDE BARBOSA DA SILVA (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34193 143	11/09/2020 10:56	2749429_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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 ASL: 0354393/19 3 - CPF da vítima: 052.995.304-80 4 - Nome completo da vítima: Rickleide Barbosa de Silva

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

5 - Nome completo: Rickleide Barbosa de Silva 6 - CPF: 052.995.304-80
7 - Profissão: Aquecimento 8 - Endereço: Sit Tabuleiro 9 - Número: 310 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Vila Ruy 12 - Cidade: Pectho Rego 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58213000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 991929049

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0044 CONTA: 1084 94 3 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 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 futura 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós? ☐ 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 não alfabetizado

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Pectho Rego 31-02-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

101 V002/2019



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	RICLEIDE BARBOSA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	02/08/83
NOME DA MÃE	MARIA DA PAZ LUIZ

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.156.025
DATA DO ATENDIMENTO	14/04/19
HORA DO ATENDIMENTO	19:23
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DO ARCO ZIGOMATICO ESQUERDO
CID 10	S02.4

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de motocicleta. Glasgow 15. Queixa-se de dor no torax, consciente orientada, dor em HTE, trauma de face. Apresenta fratura do zigomatico esquerdo. Medicada. Orientada retorno para o HTOP.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de cranio
RX de bacia
RX de torax
TC de face
RX de coluna cervical
Ultrassonografia

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura do arco zigomatico esquerdo.
Fratura no assoalho e nas paredes lateral e medial da orbita esquerda

TRATAMENTO:

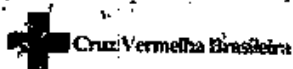
Medicada. Retorno para HTOP.

ALTA HOSPITALAR:	15/04/19
DATA DA EMISSÃO:	27/08/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1156025



Identificação do paciente						
ID 1393836	Nome RICLEIDE BARBOSA DA SILVA			Sexo Feminino		
Data de nascimento 02/08/1983	Idade 35 anos 8 meses 12 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe MARIA DA PAZ LUIS	Pai SEVERINO BARBOSA DA SILVA					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) LARISSA DA CONCEICAO - SOBRINHO(A)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991401378	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2854185	Nº Cns 700309935314334				
Local de procedência JACARAÚ	Tipo MUNICIPIO		UF PB			
Email	Naturalidade MAMANGUAPE	CBO/R				
Endereço						
CEP 58273000	Município de residência PEDRO REGIS	UF PB	Logradouro MARIA FERREIRA			
Número 15	Complemento	Bairro SAO JOSE				
Admissão						
Data e Hora 14/04/2019 19:23:36	Número da pulseira 100007129642	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco		Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE				
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			
Modo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA x mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Última de queda de moto, apresentando TCE, foi suscitado pelo grau inconsciente do cef.</i>						
Diagnóstico Eduarda de Fortes COREN-PB, 545130 - EBF						CID
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA						Tempo 14seg

imprimir



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACARAÚ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Unidade Mista de Jacaraú - PB
UNIDADE ORIGEM: CENTRO DE SAÚDE DAURA RIBEIRO DA SILVA
NOME DO PACIENTE: RECLUIDA BARBOSA M SILVA

HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente com 36 anos, do sexo feminino, residente em Rua Pres. João Pessoa, s/n - Centro - Jacaraú - PB. Relata que há alguns dias vem apresentando sintomas de dor no abdômen, com febre e náusea. Foi encaminhada para o Centro de Saúde Daura Ribeiro da Silva para avaliação e tratamento. Foi realizada a TC de crânio e o resultado foi normal. Paciente em acompanhamento.

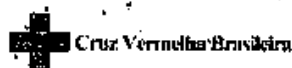
Hx. TC 0

14/04/19

Jacaraú/PB, 14 de 04 de 2019

Médico(a)

Rua Pres. João Pessoa, s/n - Centro - Jacaraú - PB
Telefone: (33) 3300-1000



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente RICLEIDE BARBOSA DA SILVA		BAE 1158025	Data/Hora Entrada 14/04/2019 19:23:36	Data Baixa
Data de nascimento 02/08/1983	Idade 35a 8m 13d	Sexo Feminino	CNS 700309935314334	Telefone de Contato (83) 991461376
Mãe MARIA DA PAZ LUIS				Prontuário
Endereço MARIA FERREIRA, 15		Bairro SAO JOSE	Município PEDRO REGIS	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THIAGO GOMES MARTINS	Nº Cons. Regional 7624/PB	
Data/Hora Classificação 14/04/2019 19:23:36		Data/Hora Prescrição 14/04/2019 23:29:37		
Anamnese				
NEUROCIRURGIA				
PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA, COM HISTÓRIA DE AMNÉSIA PÓS TRAUMA E COM 1 UM EPISÓDIO DE VÔMITOS. RELATO DE LIBAÇÃO ALCOOLICA.				
AO EXAME: GLASGOW 15, EXAME NEUROLÓGICO SEM ALTERAÇÕES.				
TC DE CRÂNIO SEM ALTERAÇÕES FOCAIS OU DIFUSAS				
CD: ALTA DA NCR				
CID10				
Código	Descrição			
T14.9	Traumatismo não especificado			
Conduta				
Em observação				

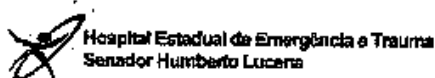
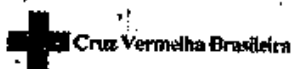
Dr. Thiago Gomes Martins
Neurologia e Trauma da Coluna
CRM: 7624/PB

RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

THIAGO GOMES MARTINS
(CRM: 7624/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 14/04/2019 19:23:50





POSTO I B

Endereço: INTERNO, S/N, , JOAO PESSO - PB, 11111111

Tel:

CNES: 454547

Paciente RICLEIDE BARBOSA DA SILVA		BAE 1158025	Data/Hora Entrada 14/04/2019 19:23:36	Data Baixa
Data de nascimento 02/08/1983	Idade 35a 8m 13d	Sexo Feminino	CNS 700309936314334	Telefone de Contato (63) 991401376
Mãe MARIA DA PAZ LUIS				Prontuário
Endereço MARIA FERREIRA, 15		Bairro SÃO JOSE	Município PEDRO REGIS	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO PAULO SOUTO CASADO	Nº Cons. Regional 11596/PB	
Data/Hora Classificação 14/04/2019 19:23:36		Data/Hora Prescrição 15/04/2019 08:39:19		
Anamnese				
#ORTOPEDIA				
PCTE COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO QUEIXA DE DOR EM TORAX ADM PRESERVADO NEUROVASCULAR PRESERVADO RX DE BACIA, PEDIDO PELA CG, SEM EVIDENCIAS DE FRATURAS OU LUXAÇÃO STAFF: DR ROBERTO ALMEIDA CD: ALTA DA ORTOPEDIA AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES				
Conduta				
Em observação				

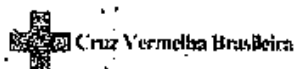
D. João Paulo S. Casado
MEDICO
CRM-PB 11596

RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

JOAO PAULO SOUTO CASADO
(CRM: 11596/PB)

Bolém registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 14/04/2019 19:23:50



**CENTRO CIRURGICO**

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

Paciente RICLEIDE BARBOSA DA SILVA	BAE 1156025	Data/Hora Entrada 14/04/2019 19:23:36	Data Baixa
Data de nascimento 02/08/1983	Idade 35a 6m 13d	Sexo Feminino	CNS 700309835314334
Mãe MARIA DA PAZ LUIS	Telefone de Contato (83) 991401376		Prontuário
Endereço MARIA FERREIRA, 15	Bairro SÃO JOSE	Município PEDRO REGIS	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional THYAGO DUAVY FERRER LIMA	Nº Cons. Regional 8766/PB
Data/Hora Classificação 14/04/2019 19:23:36		Data/Hora Prescrição 15/04/2019 01:28:10	
Anamnese			
#CIRURGIA GERAL			
PACIENTE VITIM DE QUEDA DE MOTO REFERINDO NAUSEAS E DOR VENTILATORIO DEPENDENTE. NO MOMENTO CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA APRESENTANDO DOR EM HEMITORAX ESQUERDO. RX DE TORAX SEM EVIDENCIA DE FATURA POU CONTUSÃO PULMONAR.			
CD= ALTA DA CIRURGIA GERAL			
Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?			
Conduta			
Em observação			

RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

THYAGO DUAVY FERRER LIMA

Botão registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 14/04/2019 19:23:50



SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente RICLEIDE BARBOSA DA SILVA	BAE 1158025	Data/Hora Entrada 14/04/2019 19:23:36	Data Baixa 2019-04-15 02:39:03.0
Data de nascimento 02/08/1963	Idade 35a 8m 13d	Sexo Feminino	CNS 700309935314334
Mãe MARIA DA PAZ LUIS			Telefone da Contato (83) 991401376
Endereço MARIA FERREIRA, 15	Bairro SÃO JOSE	Município PEDRO REGIS	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARILENE ADJUTO MEIRA	Nº Cons. Regional 1383/PB
Data/Hora Classificação 14/04/2019 19:23:36		Data/Hora Prescrição 15/04/2019 02:39:10	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO A +- 12H, SEM USO DE CAPACETE, CURSANDO COM TRAUMA DE FACE, NEGA VOMITO, SINCOPE, NÁUSEA, EPISTAXE, ALERGIA A MEDICAMENTOS, MAIS DOENÇAS DE BASE.
NO MOMENTO ENCONTRA-SE CONSCIENTE E ORIENTADA, EUPNEICA, NORMOCORADA, VERBALIZANDO, DEAMBULANTE, AFEBRIL AO TOQUE, SEG.

AO EXAME FÍSICO APRESENTA EQUIMOSE PERIORBITÁRIA ESQUERDA, ACUIDADE VISUAL, MOVIMENTOS OCULARES E MANDIBULARES PRESERVADOS, BOA ABERTURA BUCAL, MAIS OCLUSÃO ESTÁVEL. COM ESCORIAÇÕES EM REGIÃO FRONTAL ESQUERDA E MALAR ESQUERDO, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO.

AO EXAME DE IMAGEM, SUGESTIVO DE FRATURA DE PILAR ZIGOMÁTICO ESQUERDO, PAREDE POSTERIOR DE SEIO MAXILAR, PAREDE MEDIAL E LATERAL DE ORBITA, HEMASINOS.

CD-

- 1-EXAME FÍSICO
- 2-AVALIAÇÃO DO EXAME DE IMAGEM
- 3-ORIENTAÇÃO E REMARCAÇÃO PARA O HTOP NO DIA 22/04 AS 7H
- 4-ALTA DA BMF

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

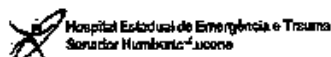
Usuário MARILENE ADJUTO MEIRA	Data e Hora 15/04/2019 02:39:03
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações

RICLEIDE BARBOSA DA SILVA


Dra. **MARILENE ADJUTO MEIRA**
C. **cial**
(CRO: 1383/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 14/04/2019 19:23:50



**CENTRO CIRURGICO**

Endereço: RUA PEDRO GONDIM, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58075210

Tel:

CNES: 122332

Paciente RICLEIDE BARBOSA DA SILVA	RAE 1160623	Data/Hora Entrada 14/04/2019 19:23:36	Data Saída
Data de nascimento 03/04/1983	Idade 36a Anos 12d	Sexo Feminino	CNS 700369935314334
Nome MARIA DA PAZ LUIZ	RAE 1160623	Município PEDRO REGES	UF PB
Endereço MARIA FERREIRA, 15	RAE 1160623	Município PEDRO REGES	UF PB
Admissão QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FERNANDO RAMALHO DINIZ	Nº Cons. Regional 27937PB
Data/Hora Classificação 14/04/2019 19:23:36	Data/Hora Prescrição 14/04/2019 20:19:18		

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, HÁ +/- 06 HORAS, ORIUNDA DO JACARAÚ E TRAZIDA PELA AMBULÂNCIA MUNICIPAL, COM HISTÓRIA PANCADA NA CABEÇA EVOLUINDO COM SONOLÊNCIA E CEFALÉIAS E SUFUSÕES PERIORBITAIS. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO.

AD EXAME ATLS:

A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS SEM COLAR CERVICAL. RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE.
SPO2=100%.

B: MV+ EM AITA SEM RAUPLNÉICO.

C: PULSO CHEIO, FC=98 bpm. CORADO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.

D: GLASGOW 15, VIGIL, PUPILAS FOTOREAGENTE E ISOCÓRICAS. MOTRICIDADE PERIFÉRICA MANTIDA EM PRANCHA DE RESGATE.

E: ABDOMEN LIVRE E PELVE ESTÁVEL.

EXTREMIDADES SEM ANORMALIDADES.

QM: ANALGESIA + ROTINA ATLS + PARÉCERES ORTOMCR

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TEMPORO-MANDIBULARES

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

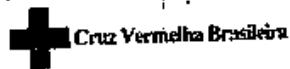
Em observação

RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

FERNANDO RAMALHO DINIZ

(C: 27937PB)

Dr. Fernando Ramalho
Cirurgia Geral, Cirurgia Digestiva
e Video Laparoscópica.
Cirurgia Geral



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
RICLEIDE BARBOSA DA SILVA	35A 8M 12D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1156025	14/04/2019 19:23:38	
Convênio	Leito	Permanência na Unidade
SUS		55min
	Clínica	Permanência no Leito
	CIRURGIA GERAL	

Parecer médico

Especialidade
BUCOMAXILOFACIAL

Motivo da solicitação
TRAUMA DE FACE

Parecer

Profissional

Data da Solicitação: 14/04/2019 20:18:09

Data de Resposta:

Dr. Fernando Romelino
Cirurgião Bucal
Cirurgião Maxilo Facial
Cirurgião Traumatológico





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

Atendimento: 201932055228

Data Nasc: 02/08/1983 - 35 anos

Paciente: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

Data Exame: 27/04/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DOS SEIOS PARANASAIS

Técnica:

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

Análise:

Controle pos cirurgico com fixação das paredes do seio maxilar

Fratura do arco zigomatico esquerdo.

Fraturas no assoalho e nas paredes lateral e medial da órbita, com desalinhamento e cavalgamento de fragmentos ósseos. Associadamente, observa-se conteúdo hipodenso no interior deste seio, provavelmente relacionado a hemossinus.

Demais seios da face preservados

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

Este laudo foi liberado em 27/04/2019 15:49 .

Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5839





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

Atendimento: 201932029151

Data Nasc: 02/08/1983 - 35 anos

Paciente: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

Data Exame: 14/04/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.
Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.
Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.
Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.
Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.
Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.
Não há sinais de coleções extra-axiais.
Calota craniana sem alterações.

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

Este laudo foi liberado em 14/04/2019 21:24.

Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB





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

Atendimento: 201932029151

Data Nasc: 02/08/1983 - 35 anos

Paciente: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

Data Exame: 14/04/2019

ULTRA-SONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL (FAST)

***** Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.**

Não há líquido livre na cavidade abdominal.

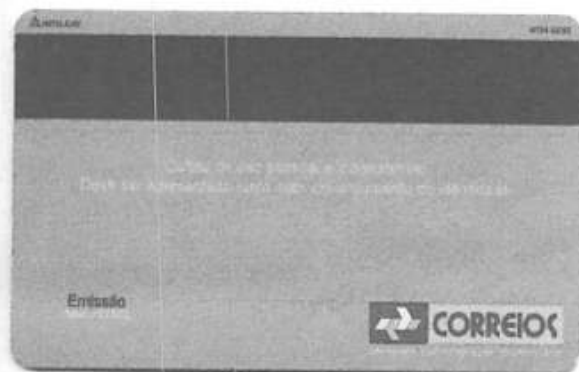
Demais órgãos abdominais passíveis de análise sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.

** A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

Este laudo foi liberado em 14/04/2019 21:00.

Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012710841993
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 0100632143-5 00/00000000 2017
CÓD. RENAVAM: 20170000022968-5
EXERCÍCIO: 2017

ANEZIO ALVES

CPF / CNPJ: 40425010449
PLACA: NQI5232/PB

NOVO PB 9C2HB0210ER419714

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/POP100 ANO FAB: 2013 ANO MOD: 2014

CAP / POT / CL: 2 P/97 /C1 CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA: 1º

FADA LIVRA: 0 PARCELAMENTO / COTAS: 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0 IOF (R\$): 0 PREMIO TOTAL (R\$): 0 DATA DE PAGAMENTO: 25/01/2017

***** SEGURO P A G O *****

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO

PEDRO 396 16195 26/01/2017

Assinatura: [Assinatura]

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012710841993 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANEZIO ALVES

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 26/01/2017

VIA: ANEZIO ALVES CPF / CNPJ: PLACA:

RENAVAM: MARCA / MODELO:

ANO FAB: 2013 DATA: 26/01/2017 Nº CHASSI: NQI5232/PB

0100632143-5 PREMIO TARIFARIO: HONDA/POP100

FNS (R\$): 0 DENATRAM (R\$): 0 CUSTO DO SEGURO (R\$): 0

2013 9 9C2HB0210ER419714

CUSTO DO BILHETE (R\$): 0 IOF (R\$): 0 TOTAL A SER PAGO NO SEGURO (R\$): 0

***** PAGAMENTO - SEGURO *****

SEGURO P A G O

16195-1057142-20170126



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190579771 **Cidade:** Pedro Régis **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA **Data do acidente:** 14/04/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.
FRATURA DO ASSOALHO E NAS PAREDES LATERAL ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354391/19
Vítima: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA
CPF: 052.995.304-80
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
Data do acidente: 14/04/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

RICLEIDE BARBOSA DA SILVA : 052.995.304-80

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: 11/10/2019
Nome: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA
CPF: 052.995.304-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





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, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190579771

Vítima: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 14/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RICLEIDE BARBOSA DA 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, 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 14961237





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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190579771 Vítima: RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

Data do Acidente: 14/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RICLEIDE BARBOSA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 27/08/2019, emitido pelo Dr. JOSÉ BRAGA CRM nº 2329 - PB, da Instituição HOSPITAL HUMBERTO LUCENA, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01965/01966 - carta_31 - INVALIDEZ

00290983



Carta nº 15002460





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 ASL: 0354391/19 3 - CPF da vítima: 052.995.304-80 4 - Nome completo da vítima: Rickick Barbosa de Silva

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

5 - Nome completo: Rickick Barbosa de Silva 6 - CPF: 052.995.304-80
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sit Tabuleiro 9 - Número: 010 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Area Rural 12 - Cidade: Pedro Regis 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58243-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 83 991928068

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 ☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 4084 94 3 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 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 futura 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 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 - 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)

V002/2019





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL



Livro nº 03/2019

Ocorrência nº. 555/2019

Aos 09 dias de OUTUBRO 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 10h:45min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

RICLEIDE BARBOSA DA SILVA, conhecido por _____, RG nº 2.854.185-SSP/PB, CPF nº 052.995.304-80, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: união estável, profissão: agricultora, filho(a) de Severino Barbosa da Silva e Maria da Paz Luis, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 02/08/1983, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Barbosa da Silva, S/N, nº _____, bairro: São José-Pedro Régis/PB, tendo como ponto de referência: pátio de vaquejada, fone(s) para contato: (83) 99140-2643.

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: 14 de abril de 2019;
- 3) HORÁRIO: 14h:0min;
- 4) LOCAL: Estrada de areia nº _____, bairro Sítio Pitanguiha-Jacaraú/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de emergência e 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/POP 100, NIV: 9C2HB0210ER419714, cor preta, ano/modelo: 2013/2014, placa: NQI-5232/PB, licenciada em nome de ANÉZIO ALVES.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE

11) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE a vítima conduzia o veículo acima mencionado quando, em um determinado trecho de areia, perdeu o controle do veículo e caiu; QUE foi socorrida por uma ambulância da cidade de Pedro Régis, levada para o hospital de Jacaraú e posteriormente encaminhada 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.

Ricleide Barbosa da Silva

RICLEIDE BARBOSA DA SILVA
Comunicante

Kennedy de Carvalho Andrade
Escrivã(o)/AgenteMab. nº 155.335-6

