

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

Nº Sinistro: 3180445246

Vitima: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 22/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180445246**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13400458



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA  
Nº Sinistro: 3180445246  
Vitima: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA  
Data do Acidente: 22/04/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180445246**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

Nº Sinistro: 3180445246  
ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 22/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180445246**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

713.121.844-85

Nome completo da vítima

Erika Almeida da Silva Lima

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

|                                              |                 |                                        |                                   |
|----------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------|-----------------------------------|
| Nome completo<br>Erika Almeida da Silva Lima |                 | CPF titular da conta<br>713.121.844-85 | Profissão<br>Recuso               |
| Endereço<br>João Lira Braga                  |                 | Número<br>S/N                          | Complemento                       |
| Bairro<br>São José                           | Cidade<br>Souza | Estado<br>PB                           | CEP<br>58800000                   |
| Email<br>verasdpvat@hotmail.com              |                 |                                        | Telefone (DDD)<br>(93)9.9919-4307 |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☒ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

|                              |     |                              |     |
|------------------------------|-----|------------------------------|-----|
| AGÊNCIA<br>NRQ               | D/V | CONTA<br>NRQ                 | D/V |
| 6685                         |     | 13637                        | 3   |
| (Informar dígito se existir) |     | (Informar dígito se existir) |     |

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

|                              |     |
|------------------------------|-----|
| BANCO<br>Nome                | NRQ |
| AGÊNCIA<br>NRQ               | D/V |
| CONTA<br>NRQ                 | D/V |
| (Informar dígito se existir) |     |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Souza-PB, 18 de Agosto de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3180445246  
Nome do(a) Examinado(a): Erika Almeida da Silva Lima  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Lira Braga, S/N  
Sao Jose Sousa PB CEP: 58805-010  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 4373572  
Data local do acidente: [ 22/04/2018 ]  
Data local do exame: [ 23/11/2018 ] Cajazeiras [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DO FÊMUR DIREITO MAIS FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 22/04/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO MAIS FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO MAIS OSSOS DA PERNA ESQUERDA NO DIA 09/05/2018 COM USO DE PLACAS DCP 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS, RECEBEU ALTA APÓS 4 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 7 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.**

**Complicações: PACIENTE APRESENTA CLAUDICAÇÃO INTENSA DURANTE A DEAMBULAÇÃO FAZENDO USO DE MULETAS AXILARES PARA LOCOMOÇÃO**  
**Data da Alta: 26/04/2018**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA DIREITA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA ACOMETIDA EM 2 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II COM DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20°, CLAUDICAÇÃO INTENSA DURANTE A DEAMBULAÇÃO FAZENDO USO DE MULETAS AXILARES PARA LOCOMOÇÃO.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA DIREITA EM 2,5 CM  
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU II  
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°  
ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA ACOMETIDA EM 2 CM  
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II  
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20°**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Tiago Martins Formiga**  
Ortopedia e Traumatologia  
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE  
TEOT 14830



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PATOS/PB  
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SOUSA/PB  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SANTA CRUZ/PB

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 93/2018

**VERSANDO SOBRE:** *Acidente de Trânsito.*

**DATA DO FATO:** 22.04.2018 **Horário:** 07:h,30: min. Aproximadamente

**LOCAL DO FATO:** Sousa-PB.

**DATA DE CONHECIMENTO DA DELEGACIA:** 26.05.2018.

**O(A) Comunicante:** FRANCISCA DE ALMEIDA FEITOSA: Nacionalidade: brasileiro(a)  
Naturalidade: Sousa-PB, Estado Civil: divorciada, Profissão: do lar, Idade: 55 anos, Data  
de Nascimento: 25.10.1964, RG: 2034067-SSP/PB, CPF: 020513194-80, Filiação: Jose  
Caitano de Almeida e de Adetrudes Maria de Almeida Residente na Rua João Lira Braga,  
S/Nº, Bairro São Jose Sousa-PB.

**Vítima:** ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA, brasileira, solteira, estudante, com 20 anos de  
idade, filha de Edivaldo Manoel da Silva e de Francisca de Almeida Feitosa, RG  
nº 4373572/SSP/PB, CPF nº 713121844-85, residente na Rua João Lira Braga, S/N Bairro  
São Jose, Sousa-PB.

### **HISTORICO DO FATO**

O(a) comunicante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB  
declarou o SEGUINTE: QUE, na data hora e local acima descrito, a sua filha sofreu uma  
acidente de trânsito, quando trafegava de garupa da Cidade de Tenente Ananias, sentido  
sua residência no endereço acima citado, da MOTO HONDA/CG 160 FAN ESDI, COR  
PRETA, ANO E MODELO 2015/2016, PLACA QFN4106/PB, CHASSI  
9C2KC2200GR064160, licenciada em nome de Fernanda Cristina do Nascimento e  
conduzida por sua amiga conhecida por FLAVIA; Que, ao chegarem próximo a estatua de  
Frei Damião na Cidade de Sousa, um veículo tipo scort que ia em sentido contrario na contra  
mão, veio a colidir de frente com a moto que ambas iam. Que, na colisão sua filha e amiga  
vieram a cair, em baixo na pista. Que, sua filha e amiga sofreram trauma pelo corpo; Que,  
ambas foram socorridas pelo SAMU para o Hospital Regional de Sousa, onde receberam  
atendimento medico. QUE TODAS AS INFORMACOES CONTIDAS SÃO DE TOTAL  
RESPONSABILIDADE DO COMUNICANTE. Segundo determinação da Portaria nº  
352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam  
registrados em qualquer Delegacia deste Estado. Declaro ainda, ser conhecedor (a) das

24 SET. 2018

**DOCUMENTO ORIGINAL**

USMARINO SOUTO MUNIZ  
ESCRIVÃO AD-HOC  
NAT 58.2.180-9



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PATOS/PB  
15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SOUSA/PB  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SANTA CRUZ/PB

sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui  
declarei não porte estritamente a verdade.

Autoridade Policial: Vicente Honório Filho

Providências Adotada: Lavratura do BO.

Comunicante:

Francisca de Almeida Feitosa

OSMARINO SOUTO MUNIZ  
ESCRIVÃO AD-HOC  
MAT SG7130-1

24 SET. 2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

|                                                               |                                        |                                       |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|
| Nome Completo da Vítima<br><u>Erika Almeida da Silva Lima</u> | CPF da Vítima<br><u>713.121.844-85</u> | Data do Acidente<br><u>22/04/2018</u> |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

|                                        |                                           |
|----------------------------------------|-------------------------------------------|
| Nome completo do Representante Legal   | CPF do Representante legal                |
| Email<br><u>verasdpvat@hotmail.com</u> | Telefone (DDD)<br><u>(83) 9.9919-4307</u> |

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

Sousa-PB, 18 de Agosto de 2018  
Local e Data

Erika Almeida da Silva Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Sousa, 25 de maio de 2018

Ao Sr (a):

Em resposta a vossa solicitação recebida em 22/05/18 passa a informar o que segue:

Nº da ocorrência: 0019

Vítima: ÉRIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

Sexo: Feminino

Data: 22/04/18

Local da Ocorrência: \*\*\*

Médico Intervencionista: Dra. Tomázia Estrela

Viatura: USA 01

Condutor: Mauricélio

Téc. Enfermagem: Milena

Enfermeiro (a): Ana Carla Abrantes

**Natureza da ocorrência:** Paciente vítima de colisão carro x moto, encontrada em decúbito dorsal, agitada, olhos de guaxinim, com escoriações na face e fratura de MID. Realizado protocolo de APH, feito AVP com SF e conduzida ao HRS.

Waleska Cristyna de Oliveira Pinto  
Coordenadora Geral

24 SET. 2018



# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

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

CLIENTE: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06685

CONTA: 000000013637-3

---

Autenticação:

0F4EED48D12A40C81D71BF3E5CD24FD3D2E10B0397758B4EEC33F806368F44B7

JUVINA EVANGELISTA DUARTE  
RUA JOSE FAGUNDES DE LIMA, S/N, GATO PRETO  
SOUSA - PE CEP: 55000000 (AQ: 177)  
Emissão: 06/07/2018 Referência: Jun / 2018  
Classificação: COMERCIAL / OUTROS SERVIÇOS E MONO-FASE  
Roteiro: 1 - 177 - 10 - 1720 Nº medidor: 5200800251

**energisa**

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
CNPJ: 08.085.183/0001-40 Ins. Est. 18.012.520-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Suficiente Nº 07.47.181  
Cód. para Dth. Automática: 900016 020

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a **Jun / 2018** Apresentação **06/03/2018** Data prevista da próxima leitura **06/07/2018** CPF/ CNPJ/ RAN **99261316488** Ins. Est. **5/696132-0**

UC (Unidade Consumidora): **5/696132-0**

Canal de contato

| Anterior                                                                            | Atual            | Constante | Consumo   | Dias                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------|-----------|--------------------------|
| 07/05/18                                                                            | 06/06/18         | 1         | 855       | 30                       |
| Leitura                                                                             | Leitura          |           |           |                          |
| 81411                                                                               | 81411            |           |           |                          |
| <b>Demonstrativo</b>                                                                |                  |           |           |                          |
| Código Descrição Valor Base Cód. Alim. Valor (R\$) Base Cód. Pag (R\$) - Cód. (R\$) |                  |           |           |                          |
| Tributos Total (R\$) ICMS/RE, ICMS, PIS/COFINS (R\$) (1,0000%) (1 - 44%)            |                  |           |           |                          |
| 0601 Consumo em kWh                                                                 | 855,000 0,707050 | 483,12    | 483,12 25 | 119,78 483,12 4,17 19,31 |
| 0601 A.C. B. Amarela                                                                |                  | 7,48      | 7,48 25   | 1,87 7,48 0,07 0,31      |
| 0601 A.C. B. Vermelha                                                               |                  | 9,35      | 9,35 25   | 2,34 9,35 0,08 0,35      |
| <b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>                                                       |                  |           |           |                          |
| 0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA                                                     |                  | 32,54     | 0,00 0    | 0,00 0,00 0,00 0,00      |
| 0804 JUROS DE MORA 04/2018                                                          |                  | 4,19      | 0,00 0    | 0,00 0,00 0,00 0,00      |
| 0804 JUROS DE MORA 05/2018                                                          |                  | 2,19      | 0,00 0    | 0,00 0,00 0,00 0,00      |
| 0808 MULTA 04/2018                                                                  |                  | 10,07     | 0,00 0    | 0,00 0,00 0,00 0,00      |
| 0808 MULTA 05/2018                                                                  |                  | 8,77      | 0,00 0    | 0,00 0,00 0,00 0,00      |
| 0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2018                                                  |                  | 1,82      | 0,00 0    | 0,00 0,00 0,00 0,00      |
| 0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018                                                  |                  | 1,20      | 0,00 0    | 0,00 0,00 0,00 0,00      |

COD. Cód. de Classificação do Item TOTAL 540,65 479,97 119,98 479,97 4,22 19,31

Média últimos meses (kWh) **VENIMENTO 13/06/2018** TOTAL A PAGAR **R\$ 540,65**

Histórico de Consumo (kWh)  
Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18

24 SET. 2018

RESERVADO A 3283.d879.d498.8845.c177.7b78.f7a7.ba2f

Indicadores de Qualidade

| Limites da ANEEL             | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|------------------------------|---------|----------------------|
| DISTORÇÃO HARMÔNICA TOTAL    | 0,00    | NOMINAL 220          |
| DISTORÇÃO HARMÔNICA POR FASE | 0,00    | CONTRATADA           |
| PERDA DE TENSÃO              | 0,00    | LIMITE INFERIOR 202  |
| PERDA DE TENSÃO              | 0,00    | LIMITE SUPERIOR 231  |

| Discriminação                  | Valor (R\$)   | %             |
|--------------------------------|---------------|---------------|
| Serviço de Clat. da Energia/RP | 119,78        | 22,15         |
| Consumo Energia                | 483,12        | 89,85         |
| Serviço de Transmissão         | 1,87          | 0,34          |
| Encargos Setoriais             | 2,34          | 0,43          |
| Outros Serviços                | 0,00          | 0,00          |
| <b>Total</b>                   | <b>540,65</b> | <b>100,00</b> |

Valor de BUB (Ref. 4/2018) R\$ 199,45

**ATENÇÃO**

- Prazo de validade 1 ano  
- Letra confirmada

**Faturas em atraso**

PARAIBA

Roteiro: 177 - 10 - 1720  
Matrícula: 696132-2018-05-7

**VENIMENTO 13/06/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 540,65**

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro,

RG nº 2001097006008, data de expedição 03/10/13, Órgão SSPDS/CE

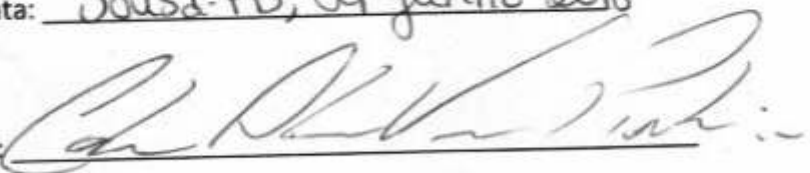
CPF nº 973.449.833-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                         |
|-----------------------------------|-----------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>José Fagundes de Lira</u>            |
| Número                            | <u>S/N</u>                              |
| Apto / Complemento                | <u>16</u>                               |
| Bairro                            | <u>Gato Preto</u>                       |
| Cidade                            | <u>Sousa</u>                            |
| Estado                            | <u>Paraíba</u>                          |
| CEP                               | <u>58800-000</u>                        |
| Telefone de Contato               | <u>(83) 981818197 / (83) 99919-4307</u> |
| E-mail                            | <u>verasdp1at@hotmail.com</u>           |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa-PB, 04 junho 2018

Assinatura do Declarante:



24 SET. 2018<sup>1</sup>

DOCUMENTO ORIGINAL

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Carlos Ademir Veras Pinheiro inscrito (a) no CPF 973.419.833 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Grika Almeida da Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.121.844 / 85, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Grika Almeida da Silva Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.121.844 / 85, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                              |                        |                                                    |                                                   |
|----------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Endereço<br><u>Rua José Fagundes de Lira</u> |                        | Número<br><u>574</u>                               | Complemento<br><u>—</u>                           |
| Bairro<br><u>Gato Preto</u>                  | Cidade<br><u>Sousa</u> | Estado<br><u>PB</u>                                | CEP<br><u>58900000</u>                            |
| Email<br><u>verasdpvat@hotmail.com</u>       |                        | Telefone comercial(DDD)<br><u>(83) 9.8181-8197</u> | Telefone celular (DDD)<br><u>(83) 9.9919-4307</u> |

Sousa-PB, 21 de Setembro de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante

# TERMO DE ESCLARECIMENTO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

Sousa/PB,

15 de outubro de 2018.

**SINISTRO: 3180445246**

**BENEFICIÁRIA: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA**

**INVALIDEZ**

**CPF: 713.121.844-85**

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSEP Nº 332 DE 09/12/2015, § 4º (O procurador a que se refere o parágrafo anterior deve ter poderes específicos reclamar e receber o DPVAT, inclusive para apresentar e firmar documentos, direito que lhe é assegurado pela legislação). Eu, **Carlos Ademir Veras Pinheiro**, brasileiro, solteiro, empresário, portador do CPF: 973.419.833-53, podendo ser localizado na Rua José Facundes de Lira, bairro Gato Preto, Sousa/PB, bem como ser contatado pelo telefone (83) 99607-2277 e/ou endereço eletrônico verasdpmat@hotmail.com, atuando como bom e fiel procurador da beneficiária: **ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA**, PORTADORA DO CPF: 713.121.844-85, venho respeitosamente esclarecer a Vossa Senhoria que a exigência relacionada ao processo ora qualificado é sanada com a apresentação da cópia de declaração de óbito da condutora do veículo, FLÁVIA RUTENIA FIGUEIREDO DA SILVA, que faleceu no sinistro em que também viu-se Erika Almeida, bem como apresentamos número do Inquérito Policial (0000582-33.2013.815.0371) em tramitação na 1ª Vara de Sousa/PB. Por esses motivos, invoco o art. 5º da lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974 (Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado), a fim de garantir um direito a qual se faz jus. O referido é verdade. Dou fé.

Certo de atendido agradeço antecipadamente.



Carlos Ademir Veras Pinheiro

CPF: 973.419.833-53

Procurador

06 NOV. 2018

Identificação

Residência

Ocorrência

IV Fetal ou menor que 1 ano

V Condições e causas do óbito

VI Médico

VII Causas externas

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1 Tipo de óbito<br><input type="checkbox"/> Fetal<br><input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal                                                                                                                                                                           |  | 2 Data do óbito<br>2018/11/06                                                                                                                                                                              |  | 3 Cartão SUS<br>123456789                                                                                                                                                                                                                |  | 4 Naturalidade<br>Lousa                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| 5 Nome do Falecido<br>RICARDO DE FIGUEIREDO NASARE                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                                                                                                            |  | 6 Nome da Mãe<br>FRANCINALDA GOMES DE SILVA NASARE                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| 7 Data de nascimento<br>1985/05/22                                                                                                                                                                                                                                           |  | 8 Idade<br>Anos completos: 33<br>Menores de 1 ano: Meses: 0, Dias: 0, Horas: 0, Minutos: 0                                                                                                                 |  | 9 Sexo<br><input checked="" type="checkbox"/> M - Masc.<br><input type="checkbox"/> F - Fem.<br><input type="checkbox"/> I - Ignorado                                                                                                    |  | 10 Raça/Cor<br><input type="checkbox"/> Branca<br><input type="checkbox"/> Preta<br><input type="checkbox"/> Amarela                                                                                                                                                           |  |
| 11 Escolaridade (última série concluída)<br><input type="checkbox"/> Sem escolaridade<br><input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)<br><input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)                                                                   |  | 12 Nível<br><input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)<br><input type="checkbox"/> Superior incompleto<br><input type="checkbox"/> Superior completo                                                  |  | 13 Situação conjugal<br><input checked="" type="checkbox"/> Solteiro<br><input type="checkbox"/> Casado<br><input type="checkbox"/> Viúva                                                                                                |  | 14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)<br>Código CBO 2002                                                                                                                                                                                      |  |
| 15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)<br>Rua 15 de Novembro                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                                                                                                            |  | 16 CEP<br>12345-678                                                                                                                                                                                                                      |  | 17 UF<br>SP                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 18 Bairro/Distrito<br>Centro                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 19 Código<br>1234                                                                                                                                                                                          |  | 20 Município de residência<br>Lousa                                                                                                                                                                                                      |  | 21 Código CNEB                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| 22 Local de ocorrência do óbito<br><input type="checkbox"/> Hospital<br><input type="checkbox"/> Domicílio<br><input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                |  | 23 Estabelecimento<br>Hospital de Lousa                                                                                                                                                                    |  | 24 CEP<br>12345-678                                                                                                                                                                                                                      |  | 25 UF<br>SP                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 26 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)<br>Rua 15 de Novembro                                                                                                                                                                                                  |  | 27 CEP<br>12345-678                                                                                                                                                                                        |  | 28 Município de ocorrência<br>Lousa                                                                                                                                                                                                      |  | 29 UF<br>SP                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| 30 Bairro/Distrito<br>Centro                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 31 Código<br>1234                                                                                                                                                                                          |  | 32 Município de ocorrência<br>Lousa                                                                                                                                                                                                      |  | 33 UF<br>SP                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |
| 34 Idade (anos)<br>33                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 35 Escolaridade (última série concluída)<br><input type="checkbox"/> Sem escolaridade<br><input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)<br><input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) |  | 36 Nível<br><input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)<br><input type="checkbox"/> Superior incompleto<br><input type="checkbox"/> Superior completo                                                                                |  | 37 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)<br>Código CBO 2002                                                                                                                                                                                      |  |
| 38 Número de filhos vivos<br>1                                                                                                                                                                                                                                               |  | 39 Nº de semanas de gestação<br>36                                                                                                                                                                         |  | 40 Tipo de gravidez<br><input type="checkbox"/> Única<br><input type="checkbox"/> Dupla<br><input type="checkbox"/> Tripla e mais<br><input type="checkbox"/> Ignorada                                                                   |  | 41 Tipo de parto<br><input type="checkbox"/> Vaginal<br><input type="checkbox"/> Cesáreo<br><input type="checkbox"/> Ignorado                                                                                                                                                  |  |
| 42 Morte em relação ao parto<br><input type="checkbox"/> Antes<br><input type="checkbox"/> Durante<br><input type="checkbox"/> Depois<br><input type="checkbox"/> Ignorado                                                                                                   |  | 43 Peso ao nascer<br>3500g                                                                                                                                                                                 |  | 44 Número de Declaração de Nascimento Vivo<br>1                                                                                                                                                                                          |  | 45 ASSISTÊNCIA MÉDICA<br>Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?<br><input checked="" type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Ignorado                                                                        |  |
| 46 ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL<br>A morte ocorreu:<br><input type="checkbox"/> Não gravidez<br><input type="checkbox"/> No abortamento<br><input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação<br><input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos |  | 47 ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA<br>1. <u>POURRAQUETISIA</u><br>Devido ou como consequência de:<br>2.<br>Devido ou como consequência de:<br>3.<br>Devido ou como consequência de:                 |  | 48 CAUSAS DA MORTE PARTE I<br>Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.<br>CAUSAS ANTECEDENTES<br>Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. |  | 49 DIAGNÓSTICO CONFIRMADO<br>36 Necropsia?<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não<br><input type="checkbox"/> Ignorado<br>Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: CID                                                                    |  |
| 49 PARTE II<br>Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na cadeia acima.                                                                                                                                                      |  | 50 Nome do Médico<br>Reginaldo A. B. Teixeira                                                                                                                                                              |  | 51 CRM<br>123456789                                                                                                                                                                                                                      |  | 52 Obito atestado por Médico<br><input checked="" type="checkbox"/> Assistente<br><input type="checkbox"/> Substituto<br><input type="checkbox"/> IML                                                                                                                          |  |
| 53 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)<br>123456789                                                                                                                                                                                                                |  | 54 Data do atestado<br>2018/11/06                                                                                                                                                                          |  | 55 Assinatura<br>Reginaldo A. B. Teixeira                                                                                                                                                                                                |  | 56 Município e UF do SVO ou IML<br>Lousa - SP                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| 57 PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)<br>48 Tipo<br><input type="checkbox"/> Acidente<br><input type="checkbox"/> Suicídio<br><input type="checkbox"/> Homicídio<br><input type="checkbox"/> Outros          |  | 49 Acidente de trabalho<br><input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                    |  | 50 Fonte da informação<br><input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº<br><input type="checkbox"/> Hospital<br><input type="checkbox"/> Família<br><input type="checkbox"/> Outros                                                    |  | 51 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência<br><input type="checkbox"/> Via pública<br><input type="checkbox"/> Estabelecimento<br><input type="checkbox"/> Entorno de residência<br><input type="checkbox"/> Outro domicílio<br><input type="checkbox"/> Ignorada |  |
| 52 Descrição sumária do evento<br>Morte súbita durante o sono.                                                                                                                                                                                                               |  | 53 Endereço do local do acidente ou violência<br>Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)<br>Rua 15 de Novembro                                                                                              |  | 54 Número<br>123456789                                                                                                                                                                                                                   |  | 55 Bairro<br>Centro                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| 56 Município<br>Lousa                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 57 UF<br>SP                                                                                                                                                                                                |  | 58 Data<br>06 NOV. 2018                                                                                                                                                                                                                  |  | 59 Assinatura do médico<br>Reginaldo A. B. Teixeira                                                                                                                                                                                                                            |  |

MAT.: 133.396

Nome: Perixa Almeida da Silva Lima Bloco: \_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
D.N.: 03/06/1997 Est. Civil: S Resp.: F. de Almeida Brito  
Rua: Cilzandro Bastos Cidade: Sousa Est.: \_\_\_\_\_  
Médico Assistente: Dr. Diego S. Santiago Clínica: Ortopedia  
Data da Internação: 24/04/2019 Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_

**ANAMNESE:**

Queixa Principal: Infecção de Sítio fêmur e  
tibia (D)

História da Doença Atual: Paciente cl II mem pós-op  
fêmur e tibia (D)  
Queixa de secreção em fêmur distal  
e tibia distal

**EXAME FÍSICO:**

GLASGOW 15  
pulmo C  
fístula fêmur e tibia distal (D)  
secreção purulenta

**DIAGNÓSTICO:**

Osteomielite fêmur e tibia (D)

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 10822 TERT 15149

09 MAIO 2019

|                                             |                   |       |                |
|---------------------------------------------|-------------------|-------|----------------|
| Hospital                                    |                   | HRS   |                |
| Nome do Paciente                            |                   |       | Nº Prontuário  |
| Erika A. DA Silva                           |                   |       | 133396         |
| Data Operação                               | Enf.              | Leito |                |
| Operador 24.4.19 - Dr. DIEGO                | 1.º Auxiliar      |       |                |
| 2.º Auxiliar                                | 3.º Auxiliar      |       | Instrumentador |
| Anestesista Dr. Benício                     | Tipo de Anestesia |       |                |
| Diagnóstico Pré-Operatório                  |                   |       |                |
| Osteomielite                                |                   |       |                |
| Tipo de Operação                            |                   |       |                |
| Limpeza e Desbridamento + fístulotomia MID. |                   |       |                |
| Diagnóstico Pós-Operatório                  |                   |       |                |
| + Retirada placa fíbula (D).                |                   |       |                |
| Relatório Imediato do Patologista           |                   |       |                |
| Exame Radiológico no Ato                    |                   |       |                |
| Acidente Durante a Operação                 |                   |       |                |

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Pck DDH ⊕ Raquionutria  
 Ansepsia e antitripsia  
 Colocação campo estéril  
 Remoção fístula fêmur e fíbula (D), limpeza e  
 desbridamento, Retirada placa da fíbula (D).  
 Nova limpeza FO  
 Sutura per-plano  
 Curativo inféril  
 Ao cuidados enfermeiro

Dr. Diego S. Santiago  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM/PE 10932 REG. 15149

DATA: 26.4.19

NOME: Erica A. Almeida

Enfermaria:3

LEITO:

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Ortopedia e Traumatologia

| Nº | DIETA / MEDICAÇÃO                                                                                                     | HORÁRIOS | EVOLUÇÃO |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| 1  | Dieta livre via oral                                                                                                  |          |          |
| 2  | Sf 0,9% 1.000 ml Ev em 24h                                                                                            |          |          |
| 3  | Cefazolina 1 g Ev 8/8h                                                                                                |          |          |
| 4  | Dipirona 1 ampola + AD Ev 6/6h                                                                                        |          |          |
| 5  | Liquemine - 5.000U/0,25ml - aplicar 0,25ml SC de 12/12h ou Clexane 40 mg Sc 1x ao dia - Qual tiver disponível na casa |          |          |
| 6  | Tramal 100 mg + Sf 0,9% 100 ml Ev 8/8                                                                                 |          |          |
| 7  | Nauseadron 8 mg Ev 8/8h, se necessário                                                                                |          |          |
| 8  | Omeprazol 40 mg Ev 1x ao dia                                                                                          |          |          |
| 10 | Captopril 50 mg Vo se PA > 160 x 100 mmHg                                                                             |          |          |
| 11 | Tilatil 20 mg Ev 12/12h                                                                                               |          |          |
| 12 | Curativo 1x ao dia                                                                                                    |          |          |
| 13 | Sinais Vitais 6/6h                                                                                                    |          |          |
| 14 | Cuidados e Controles Gerais                                                                                           |          |          |
| 15 | Ciprofloxacin 400 mg 12/12h                                                                                           |          |          |
| 16 | Gabapentina 240 mg 8/8h                                                                                               |          |          |
| 17 |                                                                                                                       |          |          |
| 18 |                                                                                                                       |          |          |

HD:

2º PO de Antomilide  
tibia e fêmur D.

Retirado placa tibia  
com boa evolução

C.D. Exame  
C.F.

TÉCNICO ENFERMAGEM

ENFERMEIRO

R José Fagundes de Lira, - Gato Preto - Sousa, PB  
CEP: 58802-180

09 MAIO 2019



P-03



HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

## Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

## PREScrição Médica

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Nome: Erika Almeida Idade: Cor: Enfermaria: 07 Leito: 01 Categoria:

| DATA     | PRESCRIÇÃO MÉDICA                    | HORÁRIO | RELATÓRIO                                                                                                                                  |
|----------|--------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17.05.18 | 1- Condung<br>2- 2. x 2 Condul<br>3- |         | <p>Paciente no 3º D.P.O<br/>de tratamento (bebê de 1 ano<br/>do peso + 11kg D</p> <p>Exame físico - gástrico e<br/>exame de urina e Hg</p> |

SUS = 161217634350008

Idade = 20 anos

MAT.: 129.467

Nome: Enika Almeida da Silva Lima Bloco: \_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

D.N.: 03/06/1997 Est. Civil: C Resp.: Francisca de Almeida Freitas e

Rua: Teles Pires Cidade: Sousa Est.: PB

Médico Assistente: Dr. Luiz Alberto Clínica: Emergência

Data da Internação: 22/04/2018 Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_

## ANAMNESE:

### Queixa Principal:

### História da Doença Atual:

*paciente vítima de acidente  
por queda na caixa d'água*

### EXAME FÍSICO:

*paciente com lesões  
na cabeça e membros*

### DIAGNÓSTICO:

### Procedimento:

*Dr. Francisco Ribeiro  
Dr. Alexandre*  
*Luiz Alberto Oliveira Gadelha  
Médico  
CRM: 4027*

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 SET. 2018

Nome do Paciente

EDUARDO LUIZ DE SILVA OLIVEIRA

Nº Prontuário

129 467

Data Operação

09/05/13

Enf.

Leito

Operador

Dr. F. S. S.

1.º Auxiliar

Dr. T. S. S.

2.º Auxiliar

3.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Dr. B. S. S.

Tipo de Anestesia

Inalatória

Diagnóstico Pré-Operatório

EDUM BATELO DO FEMUR DIREITO

Tipo de Operação

+ FEMUR DA R. T. 1310 D. 120150

OSTEOSSINTESE DO FEMUR DIREITO

Diagnóstico Pós Operatório

IDEM

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato

NAO

Acidente Durante a Operação

NAO

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1. Paciente em decúbito dorsal sobre mesa operatória

2. Alceps e antiseptia

3. Lavagem do campo cirúrgico

4. Via de acesso lateral ao fêmur direito subvastular

5. Redução completa e osteossintese fêmur direito em placa

com 6 parafusos corticais 4.5 mm

6. Via de acesso lateral-externa ao T. 1310 D. 120150

7. Redução completa e osteossintese T. 1310 DIREITO em placa

com 6 parafusos corticais 4.5 mm

8. Redução do fêmur em 15 mm

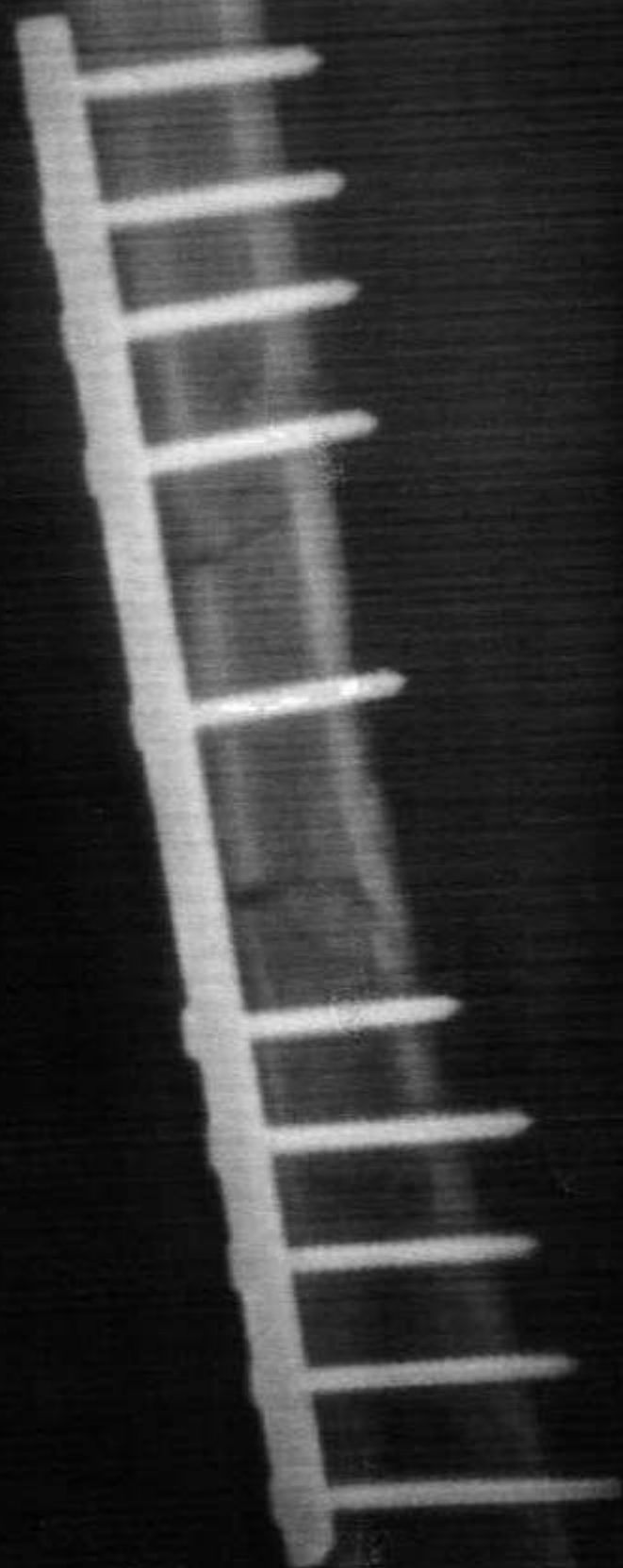
9. Sutura ferimentos operatórios

10. Curativos

Dr. F. S. S.  
 Ortopedia  
 CRM 6139









# CENTRO DE IMAGEM

Dr. Péricles Neves

SP-100 1000 1.0T 1000000  
E-1 10000  
T-1 10000  
O-1 10000  
Mag = 1.0

CONTO: 10000 1.0T 1000000  
E-1 10000  
T-1 10000  
O-1 10000  
Mag = 1.0

CONTO: 10000 1.0T 1000000  
E-1 10000  
T-1 10000  
O-1 10000  
Mag = 1.0

CONTO: 10000 1.0T 1000000  
E-1 10000  
T-1 10000  
O-1 10000  
Mag = 1.0

SP-100 1000 1.0T 1000000  
E-1 10000  
T-1 10000  
O-1 10000  
Mag = 1.0

CONTO: 10000 1.0T 1000000  
E-1 10000  
T-1 10000  
O-1 10000  
Mag = 1.0

CONTO: 10000 1.0T 1000000  
E-1 10000  
T-1 10000  
O-1 10000  
Mag = 1.0

CONTO: 10000 1.0T 1000000  
E-1 10000  
T-1 10000  
O-1 10000  
Mag = 1.0

E-1 10000  
T-1 10000  
O-1 10000  
Mag = 1.0

CONTO: 10000 1.0T 1000000  
E-1 10000  
T-1 10000  
O-1 10000  
Mag = 1.0

CONTO: 10000 1.0T 1000000  
E-1 10000  
T-1 10000  
O-1 10000  
Mag = 1.0

CONTO: 10000 1.0T 1000000  
E-1 10000  
T-1 10000  
O-1 10000  
Mag = 1.0

E-1 10000  
T-1 10000  
O-1 10000  
Mag = 1.0

CONTO: 10000 1.0T 1000000  
E-1 10000  
T-1 10000  
O-1 10000  
Mag = 1.0

CONTO: 10000 1.0T 1000000  
E-1 10000  
T-1 10000  
O-1 10000  
Mag = 1.0

CONTO: 10000 1.0T 1000000  
E-1 10000  
T-1 10000  
O-1 10000  
Mag = 1.0

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SOUSA**

**PACIENTE: ERIKA ALMEIDA DA S. LIMA**

**JOELHO DIREITO**

**LAUDO**

Redução do espaço articular femorotibial medial.

Placa e parafusos de fixação no fêmur, por fratura diafisária.

Partes moles sem alterações apreciáveis.

SOUSA (PB), 17.07.2018



Dra. Marcelli C. Neves

Médica Radiologista

CRM/PB: 6089

24 SET. 2018



PACIENTE: **ERIKA DE ALMEIDA DA SILVA LIMA**

Nº.: 85893

REQUISITANTE: **DIEGO S. SANTIAGO**

DATA: 07/08/2018

## **RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO**

### **TÉCNICA:**

Exame realizado em equipamento de ressonância magnética com sequências, ponderações e planos específicos para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

### **RELATÓRIO:**

Menisco lateral com forma, contornos e sinal preservados, sem sinais de lesão..

Degeneração mucinosa do corno posterior do menisco medial, sem roturas.

Afilamento e alteração de sinal da origem femoral do ligamento cruzado anterior, com translação anterior da tibia em relação ao fêmur, compatível com rotura parcial.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais com continuidade, espessura e sinal conservados.

Tendões quadricipital, patelar, biceps femoral distal, poplíteo, trato iliotibial e tendões da pata de ganso sem particularidades.

Discreta alteração de sinal do revestimento condral do vértice e faceta lateral da patela, sem alteração no sinal do osso subcondral.

Discreto afilamento do revestimento condral do côndilo femoral medial em área de carga, sem alteração de sinal do osso subcondral.

24 SET 2018

**Obs.:**

As informações contidas nesse resultado, representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.





PACIENTE: **ERIKA DE ALMEIDA DA SILVA LIMA**

Nº.: **85893**

REQUISITANTE: **DIEGO S. SANTIAGO**

DATA: **07/08/2018**

Artefatos de susceptibilidade magnética no segmento distal do fêmur,  
provavelmente decorrente de manipulação cirúrgica prévia.

Ausência de derrame articular.

Fossa poplíteia sem formações císticas.

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

- Degeneração mucinosa do corno posterior do menisco medial.
- Sinais de rotura parcial extensa da origem femoral do ligamento cruzado anterior.
- Condropatia patelar e do côndilo femoral medial.
- Material que determina artefatos de susceptibilidade magnética no segmento distal do fêmur, provavelmente decorrente de manipulação cirúrgica prévia.

**Dra. Simone Botelho Alvarenga**  
**Médica Radiologista**  
**CRM/MG: 49522**

**SOUSA-PB, 07 de agosto de 2018**

**24 SET. 2018**

**Dr(a). MARCELL CARTAXO NEVES**  
**Médico(a) Radiologista**

**CRM Nº 6089**

Essa impressão das nesse resultado, representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>MINISTÉRIO DAS CIDADES<br>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO<br>CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| NOME<br><b>CARLOS ADENIR VERAS PINHEIRO</b>                                                                                        |                               |
| DOC. ENTREGUE / ORG. EMISSOR DE<br>2001097006008 SSPDS CE                                                                          |                               |
| CPF<br>973.419.833-53                                                                                                              | DATA NASCIMENTO<br>12/06/1982 |
| FUNÇÃO<br>CARLOS EMERY ALVES<br>PINHEIRO<br>ELIDA MARIA VERAS<br>PINHEIRO                                                          |                               |
| FOMENTO<br>[ ]                                                                                                                     | ACC<br>[ ]                    |
| CATEGORIA<br>AB                                                                                                                    |                               |
| Nº REGISTRO<br>04522381397                                                                                                         | VALIDADE<br>23/09/2018        |
|                                                                                                                                    | 1ª EMISSÃO<br>29/11/2008      |
| OBSERVAÇÕES<br>SEM OBSERVAÇÃO:                                                                                                     |                               |
| ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO<br><i>[Assinatura]</i>                                                                                  |                               |
| LOCAL<br>QUIXADA, CE                                                                                                               | DATA EMISSÃO<br>03/10/2013    |
| [Assinatura]                                                                                                                       | 03003876578<br>CE137831269    |
| DETRAN CE (CEARA)                                                                                                                  |                               |

24 SET. 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

A. DETRAN - PB Nº 013221521846

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO 2017  
COTA UNICA 00/00000000

FERNANDA CRISTINA DO NASCIMENTO

08318082419 QFN4106/PB

NOVO 9C2KC2200GR064160

PAS/MOTOCICLETA/NAO-APLIC ALCO/TRANSOL

HONDA/CG 160 FAN ESDI

CAP 2 P/162 /CI ALUGUEL

COTA UNICA 00/00/0000 1º

FAIXA (PVA) 00000000

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00000000

PREMIO TOTAL (R\$) 00000000

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

SOUSA-PB

14/07/2017

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 013221521846 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 14/07/2017

VIA 08318082419 QFN4106/PB

RENAVAM 01090877401 HONDA/CG 160 FAN ESDI

ANO 2016 9C2KC2200GR064160

PRÊMIO TARIFÁRIO

FAIXA (PVA) 00000000

COTA UNICA 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$) 00000000

PREMIO TOTAL (R\$) 00000000

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.894/0001-04

24 SET. 2018

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180445246

**Cidade:** Sousa

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

**Data do acidente:** 22/04/2018

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO FÊMUR DIREITO MAIS FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA DIREITA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNA ACOMETIDA EM 2 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II COM DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20°, CLAUDICAÇÃO INTENSA DURANTE A DEAMBULAÇÃO FAZENDO USO DE MULETAS AXILARES PARA LOCOMOÇÃO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA GRAVE EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/11/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Tiago Martins Formiga

**CRM do médico:** 8085

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau intenso - 75 %                               | 52,5%     | R\$ 7.087,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 52,5 %    | R\$ 7.087,50          |

## PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Erika Almeida da Silva Lima  
Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Solteira  
Identidade: 4.373.572  
CPF: 713.121.824-85  
Profissão: Recusado  
Endereço: Rua João Lira Braga, s/n  
São José - Sousa / PB

### OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Identidade: 2001097006008  
CPF: 973.419.833-53  
Profissão: EMPRESARIO  
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, JARDINS, SOUSA/PB.



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Erika Almeida da Silva Lima

Sousa-PB, 21/09/2018

Local e data



Erika Almeida da Silva Lima

Assinatura do Outorgante

DOCUMENTO ORIGINAL

24 SET. 2018

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350616/18

**Número do Sinistro:** 3180445246

**Vítima:** ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

**CPF:** 713.121.844-85

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

**Data do acidente:** 22/04/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/11/2018  
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO  
CPF: 973.419.833-53

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2018  
Nome: JANE APARECIDA COSTA  
CPF: 619.395.799-53

JANE APARECIDA COSTA