



Número: **0806299-22.2020.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **13/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.362,50**

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
ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA (AUTOR)	JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37536 074	07/12/2020 11:39	<u>Petição</u>	Petição
37536 077	07/12/2020 11:39	<u>2761504_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
37536 079	07/12/2020 11:39	<u>2761504_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/12/2020 11:39:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711391460900000035812193>
Número do documento: 20120711391460900000035812193

Num. 37536074 - Pág. 1

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

Pág. 01685/01686 - carta_03 - INVALIDEZ

00040843


A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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.

Carta nº 13402235

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),

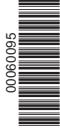
Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180445246**.

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 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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 Erika Almeida da Silva Lima	CPF titular da conta 713.121.844-85	Profissão Recurso
Enderço João d'ira Braga	Número 5/N	Complemento _____
Bairro São José	Cidade Sousa	Estado PB
Email verasdprivat@hotmail.com	CEP 58800 000	Telefone (DDD) (83) 9.9919-4307

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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 NRO. 6685 D/V 13637 D/V
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

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

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

24 SET. 2018



**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 FÉMUR 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 FÉMUR DIREITO, MAIS FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO FÉMUR 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 SESSOES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPEDICA.

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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

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

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de 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):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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.

Tiago Martins Formiga

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
2º SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PATOS/PB
19º 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 Transito.*

DATA DO FATO: 22.04.2018. Horário: 07:30 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 Adefrudes Maria de Almeida Residente na Rua João Lira Braga S/Nº, Bairro São Jose Sousa-PB.

Vitima: 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.

HISTÓRICO 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 um 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, CHASS 9C2KC2200GR064160, licenciada em nome de Fernanda Cristina do Nascimento e conduzida por sua amiga conhecida por FLAVIA. Que, ao chegarem próximo a estátua de Frei Damiao na Cidade de Sousa, um veículo tipo scort que ia em sentido contrário 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 médico. QUE TODAS AS INFORMAÇÕES 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 desse Estado. Declaro ainda ser conhecedor (a) das

24 SET. 2018

SEMARINO SOUTO MUNIZ
ESCRIVÃO AD-HOC
NAT 5271391

DOCUMENTO ORIGINAL





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

Providencias Adotada: Lavratura do BO

Comunicante: *Francisca de Almeida Furtosa*

Osmarino Soárez Muniz
OSMARINO SOÁREZ MUNIZ
ESCRIVÃO AD-NOG
MAT 507130-1

24 SET. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/12/2020 11:39:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711391536800000035812196>
Número do documento: 20120711391536800000035812196

Num. 37536077 - Pág. 7



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 **Erika Almeida da Silva Lima** CPF da Vítima **713.123.824-85** Data do Acidente **22/10/11 2018**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email verasdpvat@hotmail.com	Telefone (DDD) (83) 9.9919-4307

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 atende 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

DALL001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

24 SET. 2018





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

www.sousa.pb.gov.br



ITAU - 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/12/2020 11:39:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711391536800000035812196>
Número do documento: 20120711391536800000035812196

Num. 37536077 - Pág. 10

JUVINA EVANGELISTA DUARTE
RUA JOSÉ FAGUNDES DE LIMA, S/N, GATO PRETO
SANTA ISABEL/PE CEP: 59800000 (AD: 177)

ENERGIA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

卷之三

Nota Focal: Conta de Energia Elétrica MPE/07 47-091

196 www.enemisa.com.br

1196 Accesso: www.vodafon.com

www.3dprint.com

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a
-1/2018

Apresentação
06/03/2018

Data prevista da
próxima leitura
02/07/2018

CPF/CNPJ/RANI
9261316468

UIC (Unidade Consumidora):

5/696132-0

Canal de contacto

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lêituras	Data	Lêituras	
02/05/18	80795	06/06/18	81411	1
Demonstrativo				
		Tributos Total (R\$) ICMS/IRMS IAMS Pre/Consumo (R\$) (0,0000) (1,0000)		
0001 CONSUMO em kWh	805.000	8.707052	483,17	483,12 25 116,78 483,12 4,17 13,21
0001 ACC. B. Amarela			7,48	7,45 25 1,87 7,48 0,07 0,31
0001 ACC. B. Vermelha			9,35	9,36 25 1,34 9,35 0,08 0,35
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA			32,54	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0004 LURDES DE MORA 04/2018			4,19	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0004 LURDES DE MORA 09/2019			2,16	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0005 VOLTA/04/2018			10,07	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0005 VOLTA/09/2019			9,77	0,05 0 0,05 0,05 0,00 0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2/18			1,82	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2/18			1,20	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

50.95 479.87 113.98 479.87 4.21 19.9

MÁS ULTIMOS DÍASSES (5WTH) VENCIMIENTO TOTAL A PAGAR
MÁS 2018 R\$ 540,65

Histórico de Consumo (kWh)											
438	385	390	375	419	397	375	473	684	711	631	591
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Set/18

www.ijerph.org; issn 1660-5346; v17(7); 7b78-77a7; ba2t

24 SET 2018

4.1.1.8. Sist. 4				4.1.1.8. Sist. 4	
Indicadores de Qualidade				Discriminação	Valor (R\$)
Limites da ANEEL	Aperado	Limite de Tensão (V)			
DIG. INICIAL	9,00	NCAPITAL	220		
DIG. TRAM. ESTR.	1,44			Serviço de Distribuição de Energia	119,70
DIG. ANUAL	2,65			Encargos de Energia	105,82
FIG. MÉDIA	3,48	CONTRATADA		Serviço de Transmissão	77,95
FIG. TRAM. ESTR.	8,87	LÍMITE INFERIOR	202	Encargos Setoriais	52,35
FIG. ANUAL	13,85	LÍMITE SUPERIOR	231	Impostos Diretos e Encargos	20,45
DMC	5,93	0,00		Outros Serviços	0,00
	1,77			Total	540,65
					107,00
Valor do BJD (Ref. 4/2015): R\$ 199,45					



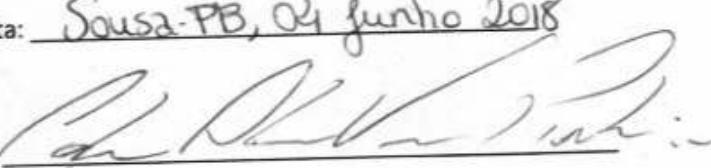
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro,
RG nº 2001097006008, data de expedição 03/10/13, Órgão SSPDS/CE
CPF nº 973.419.833-53, 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 (Rua/Avenida/Praça)	<u>José Fagundes de Lira</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>1c</u>
Bairro	<u>Gato Preto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 983818197 / (83) 99919-4307</u>
E-mail	<u>verasdpvt@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa-PB, 04 junho 2018

Assinatura do Declarante: 

24 SET. 2018¹

DOCUMENTO ORIGINAL





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falta 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 COAF².

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

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

Pelo exposto, eu 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 INVALIDEZ 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	Rua José Fagundes de Jira	Número	574	Complemento	—
Bairro	Gato Preto	Cidade	Sousa	Estado	CEP
Email	verasdpuat@hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	(83) 9.8181-8197	Telefone celular (DDD)	58800000

Sousa-PB, 21 de Setembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

24 SET. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/12/2020 11:39:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711391536800000035812196>
Número do documento: 20120711391536800000035812196

Num. 37536077 - Pág. 13

**TERMO DE ESCLARECIMENTO A SEGURADORA LÍDER
DOS CONSÓRCIOS DPVAT**

15 de outubro de 2018.

Sousa/PB,

SINISTRO:3180445246

BENEFICIÁRIA: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

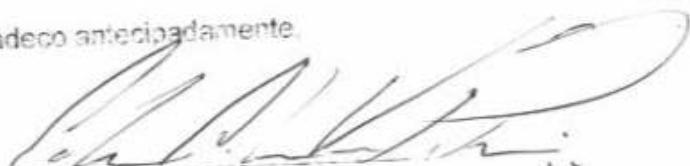
INVALIDEZ

CPF: 713.121.844-85

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSER 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 verasdpvat@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 viuimou Erika Almeida, bem como apresentamos no 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 ,



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
2ª VIA - CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Declaração de Óbito

25902761-8

Naturalidade

Município / UF de estabelecimento / local de óbito

Identificação	<input type="checkbox"/> Tipo de óbito 1. Fatal 2. Não Fatal	<input type="checkbox"/> Data do óbito 2018-11-06	<input type="checkbox"/> Hora 13:30	<input type="checkbox"/> Cartão SUS				
	<input type="checkbox"/> Nome do Falecido JOSÉ RICARDO DE FELICÍSSIMO NASCIMENTO	<input type="checkbox"/> Naturalidade BRASIL						
Residência	<input type="checkbox"/> Nome do Pai JOSÉ RICARDO DE FELICÍSSIMO NASCIMENTO	<input type="checkbox"/> Idade 32 Anos completos	<input type="checkbox"/> Meses de 1 ano 00 Meses	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Sexo M - Mas.	<input type="checkbox"/> Raca/Cor Branca	<input type="checkbox"/> Situação conjugal 1. Solteiro	
	<input type="checkbox"/> Data de nascimento 1986-01-01	<input type="checkbox"/> 3. Médio (antigo 2º grau)	<input type="checkbox"/> 4. Superior incompleto	<input type="checkbox"/> 5. Superior completo	<input type="checkbox"/> F - Fem.	<input type="checkbox"/> 2. Preta	<input type="checkbox"/> 4. Separado judicialmente	
	<input type="checkbox"/> Escolaridade (última série concluída) 0. Sem escolaridade	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 9. Ignorado	<input type="checkbox"/> 6. Amarela	<input type="checkbox"/> 3. Morena	<input type="checkbox"/> 5. União estável		
	<input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 7. Ignorado	<input type="checkbox"/> 8. Negra	<input type="checkbox"/> 9. Ignorada	<input type="checkbox"/> 10. Divorciado		
	<input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 10. Ignorado	<input type="checkbox"/> 11. Parda	<input type="checkbox"/> 12. Viva	<input type="checkbox"/> 13. União estável		
	<input type="checkbox"/> Logradouro (rua, praça, avenida, etc)	<input type="checkbox"/> Número	<input type="checkbox"/> Complemento	<input type="checkbox"/> CEP	<input type="checkbox"/> Código CBO 2002			
	<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Município de residência	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> UF			
	<input type="checkbox"/> Local de ocorrência do óbito 1. Hospital	<input type="checkbox"/> 3. Domicílio	<input type="checkbox"/> 5. Outros	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Código CNES			
	<input type="checkbox"/> 2. Outros estab. saúde	<input type="checkbox"/> 4. Via pública	<input type="checkbox"/> 6. Aldeia	<input type="checkbox"/> 7. Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado			
	<input type="checkbox"/> 3. Indígena	<input type="checkbox"/> 8. Ignorado	<input type="checkbox"/> 9. Ignorado	<input type="checkbox"/> 10. Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado			
Ocorrência	<input type="checkbox"/> Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc)	<input type="checkbox"/> Número	<input type="checkbox"/> Complemento	<input type="checkbox"/> CEP	<input type="checkbox"/> UF			
	<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Município de ocorrência	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> UF			
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE							
	<input type="checkbox"/> Idade (anos)	<input type="checkbox"/> Escolaridade (última série concluída) 0. Sem escolaridade	<input type="checkbox"/> 3. Médio (antigo 2º grau)	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)			<input type="checkbox"/> Código CBO 2002
	<input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)	<input type="checkbox"/> 4. Superior incompleto	<input type="checkbox"/> 5. Superior completo	<input type="checkbox"/> 6. Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado			<input type="checkbox"/> Ignorado
	<input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 7. Ignorado	<input type="checkbox"/> 8. Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado			<input type="checkbox"/> Ignorado
	<input type="checkbox"/> Número de filhos tidos Nascidos vivos	<input type="checkbox"/> 1. Unica	<input type="checkbox"/> 2. Vaginal	<input type="checkbox"/> 3. Ignorado	<input type="checkbox"/> Morte em relação ao parto			<input type="checkbox"/> Ignorado
	<input type="checkbox"/> Perdas fetais/abortos	<input type="checkbox"/> 2. Dupla	<input type="checkbox"/> 3. Cesáreo	<input type="checkbox"/> 4. Ignorado	<input type="checkbox"/> 1. Antes	<input type="checkbox"/> 2. Durante	<input type="checkbox"/> 3. Depois	<input type="checkbox"/> 9. Ignorado
	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 5. Ignorada	<input type="checkbox"/> 6. Ignorado	<input type="checkbox"/> 7. Ignorado	<input type="checkbox"/> 8. Ignorado	<input type="checkbox"/> 9. Ignorado	<input type="checkbox"/> 10. Ignorado	<input type="checkbox"/> 11. Ignorado
	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL								
<input type="checkbox"/> A morte ocorreu 1. Não grávida	<input type="checkbox"/> 3. De 43 dias a 1 ano após o término da gestação	<input type="checkbox"/> 5. De 43 dias a 1 ano após o término da gestação	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?			<input type="checkbox"/> Ignorado	
<input type="checkbox"/> 2. No parto	<input type="checkbox"/> 4. Até 42 dias após o término da gestação	<input type="checkbox"/> 6. Não ocorreu nestes períodos	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 1. Sim	<input type="checkbox"/> 2. Não	<input type="checkbox"/> 3. Ignorado	<input type="checkbox"/> Ignorado	
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA								
CAUSAS DA Morte								
PARTE I								
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.								
Devido ou como consequência de:								
a. Devido ou como consequência de:								
b. Devido ou como consequência de:								
c. Devido ou como consequência de:								
d. Devido ou como consequência de:								
PARTE II								
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na cadeia acima.								
CAUSAS ANTECEDENTES								
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.								
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA								
ASSISTÊNCIA MÉDICA								
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO								
Necropsia?								
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado								
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte								
CID								
VI - Médico								
<input type="checkbox"/> Nome do Médico Reginaldo A. R. TORRES	<input type="checkbox"/> CRM 1147	<input type="checkbox"/> Óbito atestado por Médicos 1. Assistente 4. SVO 2. Substituto 5. Outro 3. IML	<input type="checkbox"/> Município e UF do SVO ou IML MUNICÍPIO: Reginaldo A. R. TORRES UF: RIO GRANDE DO SUL					
<input type="checkbox"/> Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)	<input type="checkbox"/> Data do atestado 2018-11-06	<input type="checkbox"/> Assinatura Reginaldo A. R. TORRES REGISTRO MÉDICO LEGÍTIMO						
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)								
<input type="checkbox"/> Tipo 1. Acidente 2. Suicídio	<input type="checkbox"/> Homicídio 4. Outros	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 46. Acidente do trabalho 1. Sim 2. Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 47. Fonte da informação 1. Ocorrência Policial N. 2. Hospital			
<input type="checkbox"/> Descrição sumária do evento	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 9. Ignorado	<input type="checkbox"/> 3. Família	<input type="checkbox"/> 4. Outra				
VII - Outras exames								
TIPO DE LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ACIDENTE OU VIOLENCIA								
ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA								
8. Logradouro (rua, praça, avenida, etc)								
06 NOV. 2018								
Número								
Bairro								
Município								



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA
DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES



MAT.: 133.396

Nome: Peruca Almeida da Silveira Lima Bloco: _____ Apt.º: _____ Leito: _____
D.N.: 03/06/1997 Est. Civil: S Resp.: Fº de Almeida Furtado
Rua: Cipriano de Furtado Cidade: Sousa Est.: _____
Médico Assistente: Dr. Diego Santiago Clinica: cirúrgica
Data da Internação: 24/04/2019 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE:

Queixa Principal:

Início de Sinfise fímbia e

Fímbia (D)

História da Doença Atual:

Paciente cl II mem pós op

femur e tibia (D)

Queixa de surco em femur distal

e tibia distal

EXAME FÍSICO:

GLASGOW 15

pulmões (C)

fístulas femur e tibia distal (D)

regrada paroxismo

DIAGNÓSTICO:

Osteomielite femur e tibia (D)

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*DR. Diego S. Santiago
Ortopédio e Traumatologia
CRM/PB 10833 TRGT 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. Benicio	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório Osteomielite		
Tipo de Operação		
Limpeza e desbridamento, fistullectomia HID. + Retirada placa fibio (D).		
Diagnóstico Pós Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação:		

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Pct DOK (D) Racionável

Ansepsia e oftalpoxia

Colocada compo inferi

Ressecado fistula femur e fibio (D), limpeza e
desbridamento (D), Retirada placa da fibia (D).

Nova limpeza (D)

Sutura per plenos

Curativo per fibril

AO cuidados anestesista

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 10932 / EOT 15149

09 MAIO 2019





Clínico Geral

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 26.4.19

NOME: Erico A. Moura P.

LEITO: Enfermaria:3

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Ortopedia e Traumatologia

Nº	DIETA / MEDICAÇÃO	HORÁRIOS	EVOLUÇÃO
1	Dieta livre via oral	14 22 06	2º Dd. de Doromil 1/4
2	Sf 0,9% 1.000 ml Ev em 24h	14 22 06	
3	Cefazolina 1 g Ev 8/8h	14 22 06	
4	Dipirona 1 ampola + AD Ev 6/6h	14 22 06	
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	14 22 06	
6	Tramal 100 mg + Sf 0,9% 100 ml Ev 8/8h	14 22 06	
7	Nauseodron 8 mg Ev 8/8h, se necessário	14 22 06	
8	Omeprazol 40 mg Ev 1x ao dia	14 22 06	
10	Captopril 50 mg Vo se PA > 160 x 1.00 mmhg	14 22 06	
11	Tilitil 20 mg Ev 12/12h	14 22 06	
12	Curativo 1x ao dia	14 22 06	
13	Sinais Vitais 6/6h	14 22 06	
14	Cuidados e Controles Gerais	14 22 06	
15	Circo Verus 40g C 12/12h	14 22 06	
16	Colchicina 240 mg 0900h dia 1400h dia 1800h	14 22 06	
17		14 22 06	
18		14 22 06	

09 MAIO 2019

ENFERMEIRO

TECNICO ENFERMAGEM

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



SSS = 161217634350008

Idade = 20 anos

MAT.: 129.467

Nome: Erika Almeida da Silva Lima Bloco: _____ Apt.: _____ Leito: _____
D.N.: 13/06/1997 Est. Civil: C Resp.: Francisco de Almeida Furtado
Rua: Felix Araujo Cidade: Sousa Est.: PB
Médico Assistente: Dr. Luiz Alberto Clinica: Cirurgica
Data da Internação: 22/04/2018 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE:

Queixa Principal:

História da Doença Atual:

Percebeu vómito de ardeuço
p/ 1 dia no colo de ferida

EXAME FÍSICO:

Reveiu a palpável massinha
no colo de ferida

DIAGNÓSTICO:

Suelo Moreira Torres
Assinado por Oliveira Gadelha
Médico
CRM: 1027

Procedimento:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 SET. 2018



Nome do Paciente		H.R.S		Nº Prontuário
EDUARDO LUMIZZI DE SILVA UNR				129 467
Data Operação	03/11/11	Enf.	Leito	
Operador	DR FERREIRA		1.º Auxiliar	DR JOSÉ SANTOS
2.º Auxiliar		2.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	DR BORGES		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	CONVULSÃO DO FÔLICUL		FÔLICUL 21/2011	
Tipo de Operação	+ FÔLICUL 21/2011 T1310		D120150	
	OS TORNOS 21/2011 DD FÔLICUL 21/2011		D120150	
	+ OS TORNOS 21/2011 T1211 L126150			
Diagnóstico Pós Operatório	IDPE			
Relatório Imediato do Patologista	—			
Exame Radiológico no Ato	Nao			
Acidente Durante a Operação	Nao			
DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO				

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Esterilizado - Aspecto Visceral

1. PASEO DE LA VIDA DIAZ DE MOLINA 02/09/2010

2. ALICANTE 0 ANTIGUERIA

3. CONCEPCION DE CAMPOS 02/09/2010

4. VIDA DE ACOSTA VILLENA 02/09/2010 5/3 VASCO DE GIRONA

5. RODRIGUEZ CORTES 0 ANTIGUERIA 02/09/2010 5/3 VASCO DE GIRONA

6. CEP VIGO 4.5 KM 0 PAVELLOES ENTRADAS 4.5 KM

7. VIDA DE ACOSTA VILLENA 02/09/2010 5/3 02/09/2010

8. RODRIGUEZ CORTES 0 ANTIGUERIA 02/09/2010 5/3 02/09/2010

9. CEP VILLENA 4.5 KM 0 PAVELLOES ENTRADAS 4.5 KM

10. ZARAGOZA EN FONDO SINA 02/09/2010

11. SUTURN EGUNERIAZKO OPORTUNIDADEA

12. CANTABRIA

24 SET. 2018





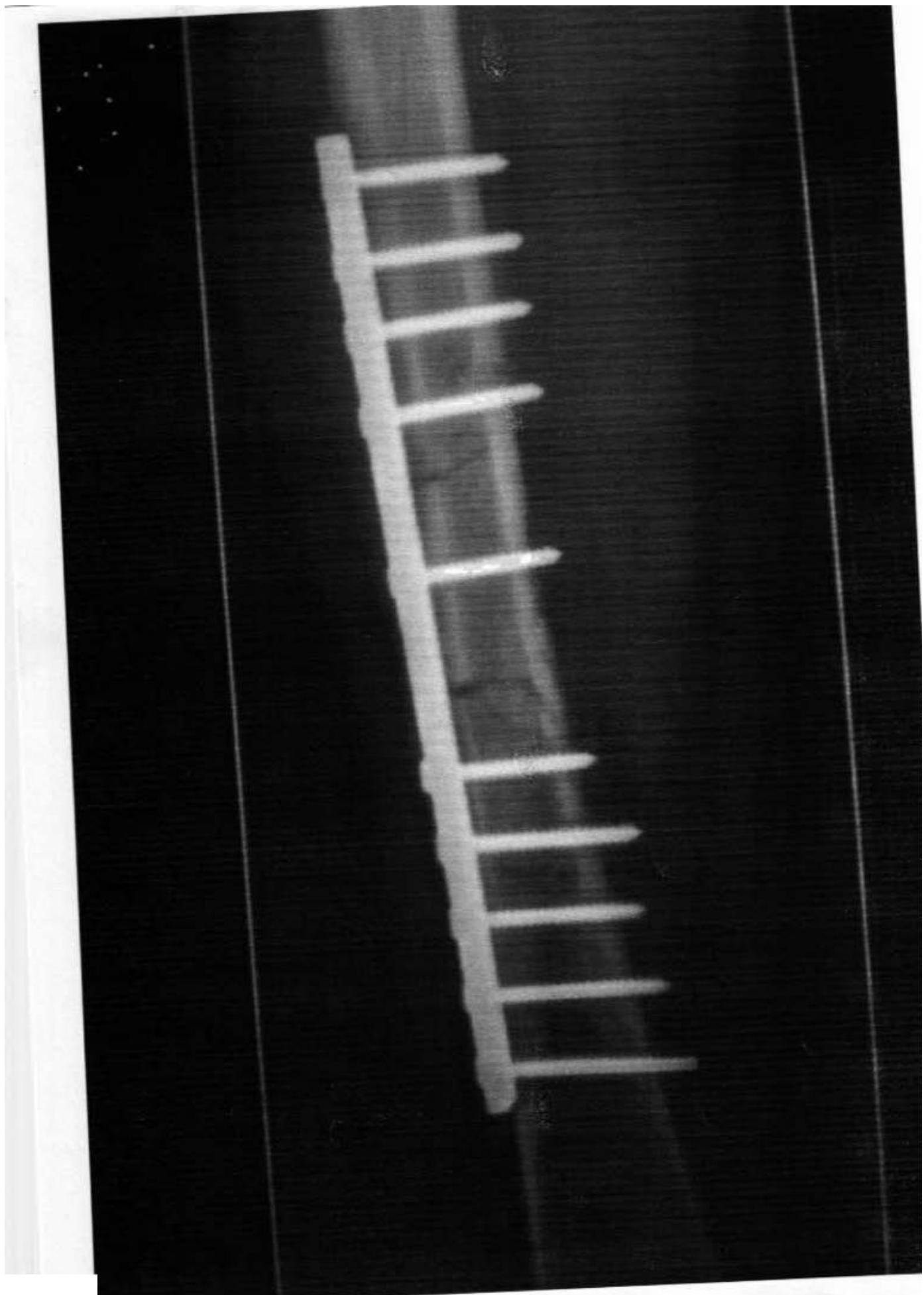
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/12/2020 11:39:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711391536800000035812196>
Número do documento: 20120711391536800000035812196

Num. 37536077 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/12/2020 11:39:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711391536800000035812196>
Número do documento: 20120711391536800000035812196

Num. 37536077 - Pág. 24



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/12/2020 11:39:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711391536800000035812196>
Número do documento: 20120711391536800000035812196

Num. 37536077 - Pág. 25



CENTRO DE IMAGEM
Dr. Péricles Neves



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
REQUISITANTE: DIEGO S. SANTIAGO

Nº: 85893
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 quadripcital, 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.

 Centro de Imagem José Neves Moreira Ltda. ME - R. Djalma Gomes de Sá 08 - Praça do Bom Jesus - 1º Andar - Centro - Sousa PB
CEP 58.800-150 - Fone: 83 3522.1278 - pericles.neves@uol.com.br - CNPJ 18.451.213/0001-03
Dra. Marcelli Cartaxo Neves Berto - CRM 6089 PB

Fone: 83 3522.1900

PACIENTE: ERIKA DE ALMEIDA DA SILVA LIMA
REQUISITANTE: DIEGO S. SANTIAGO

Nº: 85893
DATA: 07/08/2018

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

Ausência de derrame articular.

Fossa poplítea 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

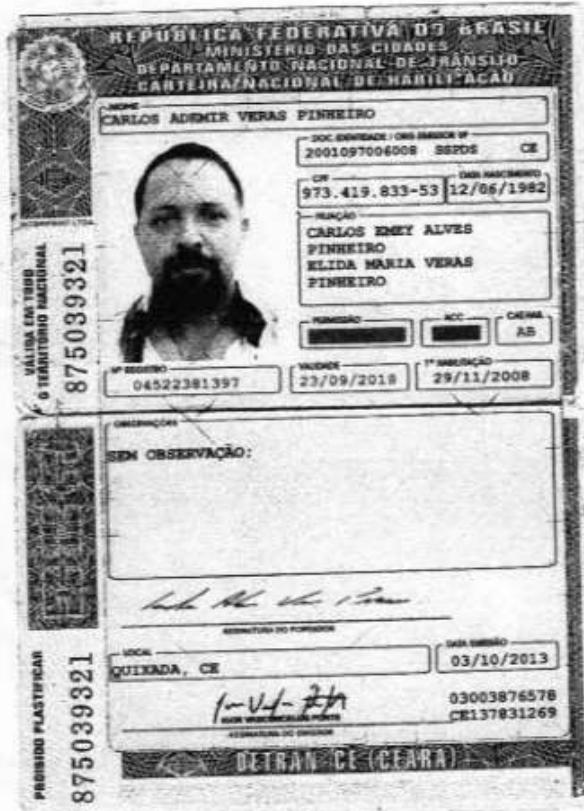
SOUSA-PB, 07 de agosto de 2018

24 SET. 2018


Dr(a). MARCELLI CARTAXO NEVES
Medico(a) Radiologista

CRM Nº 6089
Esses achados 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.

Centro de Imagem José Neves Moreira Ltda. ME - R. Djalma Gomes de So 08 - Praça do Bom Jesus - 1º Andar - Centro - Sousa PB
CEP 58.800-150 - Fone: 83 3522.1278 - pericles.neves@uol.com.br - CNPJ 18.451.213/0001-03
Dra. Marcelli Cartaxo Neves Berto - CRM 6089 PB Fone: 83 3522.1900

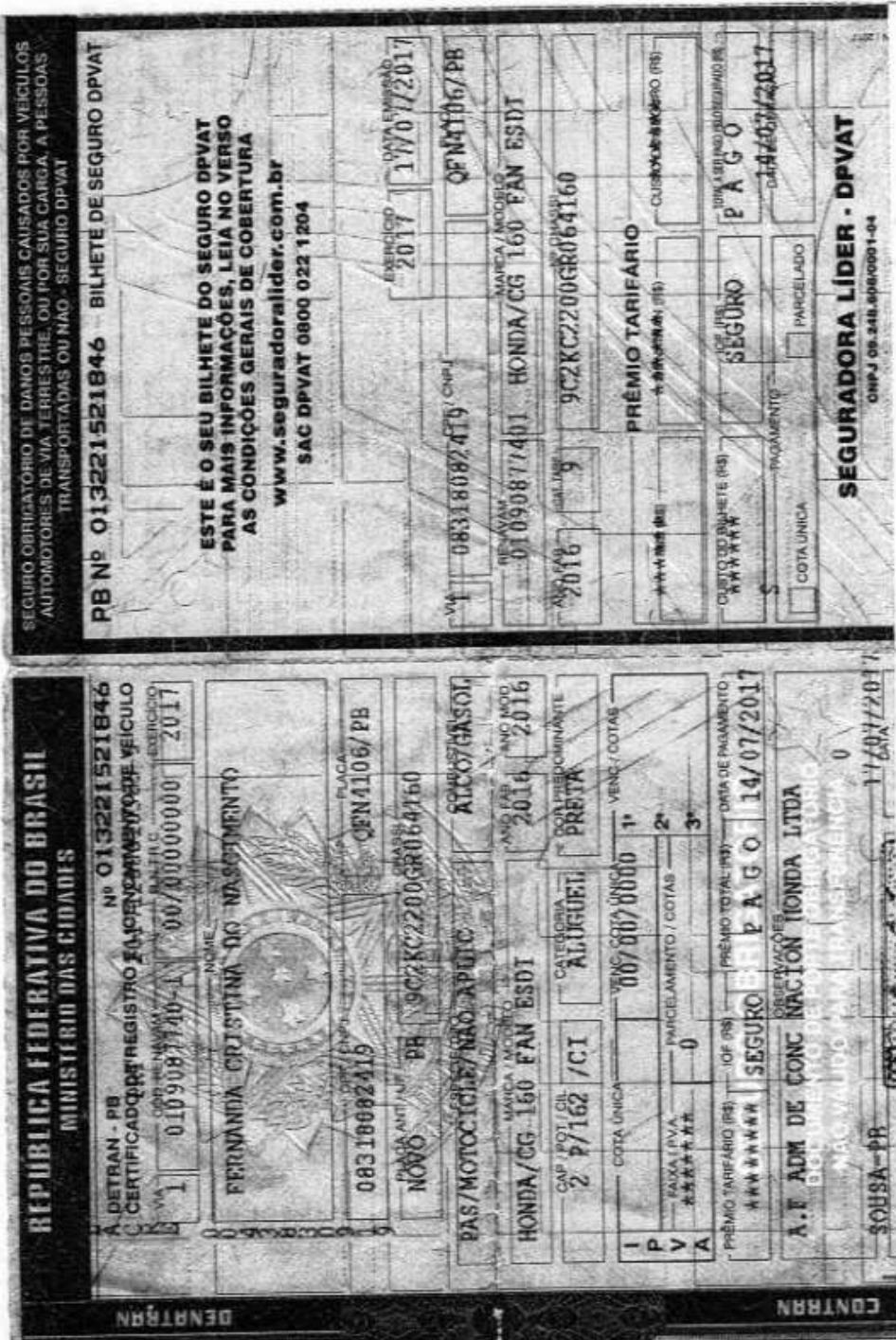


24 SET. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/12/2020 11:39:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711391536800000035812196>
Número do documento: 20120711391536800000035812196

Num. 37536077 - Pág. 30



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 PERNAS 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 PERNAS 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:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/12/2020 11:39:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711391536800000035812196>
Número do documento: 20120711391536800000035812196

Num. 37536077 - Pág. 32

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Erika Almeida da Silva Lima
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.373.572
CPF: 713.121.844-85
Profissão: Recurso
Endereço: Rua João Lira Braga, 514
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 mebastante 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/04/2018

Titular do CPF: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

JANE APARECIDA COSTA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/12/2020 11:39:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711391536800000035812196>
Número do documento: 20120711391536800000035812196

Num. 37536077 - Pág. 34



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE SOUSA/PB

Processo: 08062992220208150371

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 7.087,50 (SETE MIL E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOUSA, 3 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/12/2020 11:39:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711391573800000035812198>
Número do documento: 20120711391573800000035812198

Num. 37536079 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/12/2020 11:39:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120711391573800000035812198>
Número do documento: 20120711391573800000035812198

Num. 37536079 - Pág. 2