



Número: **0804302-15.2020.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **14/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.031,25**

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
TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ (AUTOR)	LAMARCK LEITE DE SOUSA (ADVOGADO) BRUNO MOTA LUCENA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36279 817	05/11/2020 10:32	<u>2762604_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190075910

Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Data do Acidente: 03/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13879692

Pag. 00827/00828 - carta_01 - INVALIDEZ



00020414





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190075910 Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Data do Acidente: 03/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

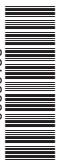
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Pag. 00309/00310 - carta 15R - INVALIDEZ



Recebedor: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003518

Conta: 000001944-1

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190075910 Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Data do Acidente: 03/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01029/01030 - carta_02 - INVALIDEZ



00060515

Carta nº 14135200



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190075910 Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Data do Acidente: 03/10/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Informamos que o pagamento da indenização o S

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25



Recebedor: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003518

Conta: 000001944-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:		CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
		099.117.274-40	Tabita Barissa dos Santos Muniz	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Tabita Barissa dos Santos Muniz		CPF: 099.117.274-40		
Profissão: Agricultora		Enderço: Rua Agostinho Tomaz	Número: 39	Complemento: Casa
Bairro: Natanael Maia		Cidade: Catole do Rocha	Estado: PB	CEP: 58884000
E-mail: emmanoela@hotmail.com.br		Tel.(DDD): (031) 3421-8000 (83) 9.9655-9484 (87) 9.9999-9976		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
DADOS CADASTRAIS				
RENDIMENTO MENSAL:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00				
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 3518		CONTA: 0000 1944	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
INVALIDEZ PERMANENTE				
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.				
MORTE				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima: _____				
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____				
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				
Local e Data: Catole do Rocha, 18/01/2019 Nome: Tabita Barissa dos Santos Muniz CPF: 099.117.274-40				
(*) Assinatura de quem assina A ROGO Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)				
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)				
TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ 2º Nome: _____ CPF: _____				
 29 JAN. 2019 PROTOCOLO Assinatura				

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Rua Moacir Leitão, nº 922, Bairro Belo Horizonte, Patos/PB, CEP: 58704-330 - Tel.: (83) 3423-2553 e-mail: dpcentralpatos@gmail.com

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 0140/2019

Aos **DEZESSETE (17)** dias do mês de **JANEIRO** do ano de **DOIS MIL E DEZENOVE (2019)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor Delegado da Polícia Civil, **MANOEL MARTINS FERNANDES**, Delegado (a) de Polícia Civil, comigo Escrivão de Polícia Ad-Hoc, ao final assinado. Aí, por volta das 15h:31min compareceu **GEOVANI DE LIMA**, brasileiro (a), solteira, data de nascimento 08/10/1972, RG: 1755080 SSDS/PB, CPF: 978.661.214-00, natural de Catolé do Rocha- PB, filho (a) de Carmelita Maria de Lima e de pai não declarado, residente na Rua Agostinho Tomaz, nº 39, bairro Natanael Maia, Catolé do Rocha /PB, Fone: (83) 9.9652-1524, A fim de prestar a seguinte ocorrência:

Que o (a) notificante afirma que, na data **03/10/2018**, por volta das **17h:30min**, seu filho (menor), **WILSON VICTOR DE LIMA ALVES** (D.N. **04/01/2002**), RG **4166200** SSDS/PB, CPF **121.955.634-35**, conduzia uma motocicleta de marca/modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS**, Placa: **MOQ-7809/PB**, Renavam: **866680004**, ano fab./modelo: **2005/2006**, cor: **PRETA**, chassi: **9C2KC08106R820898**, Licenciada em nome de Wilson Alves da Silva, e a namorada de Wilson Victor de Lima Alves, de nome **TÁBITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ** (D.N.**04/01/1994**), RG **3729576** SSDS/PB, CPF **099.117.274-40**, ia na garupa da referida moto, quando, na rua Francisco Maia, na cidade de Catolé do Rocha/PB, um veículo não identificado, colidiu na moto em que seu filho pilotava, e se evadiu do local, sem prestar socorro; que **WILSON VICTOR DE LIMA ALVES**, foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros Militar da cidade de Catolé do Rocha/PB, e **TÁBITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ**, foi socorrida pelo SAMU da cidade de Catolé do Rocha/PB; que ambos foram conduzidos ao Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos, localizado na cidade de Catolé do Rocha/PB; que devido o acidente, **WILSON VICTOR DE LIMA ALVES**, teve fraturas em três dedos da mão, **TÁBITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ**, teve fratura no braço esquerdo.

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai devidamente datada e assinada por mim. Eu, escrivão de Polícia, que o digitei. O referido é verdade. Dou fé.

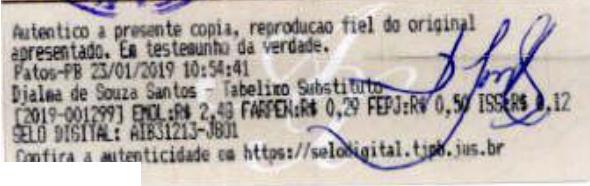
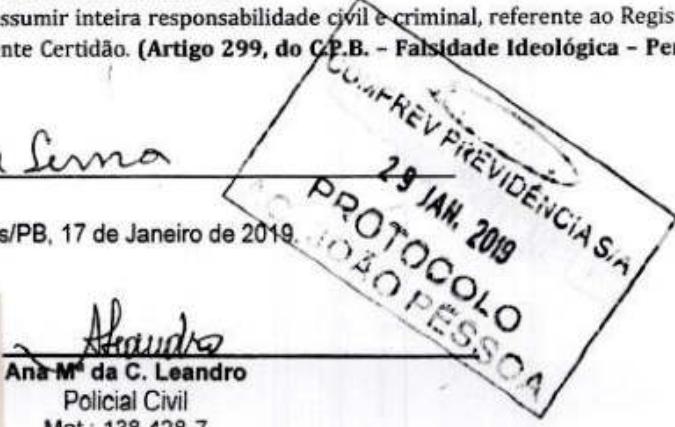
TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão. (**Artigo 299, do CPB. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos.**)



Notificante: geovani de lima

Patos/PB, 17 de Janeiro de 2019.

Ana M^a da C. Leandro
Policial Civil
Mat: 138.428-7





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:		CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
		099.117.274-40	Tabita Barissa dos Santos Muniz	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Tabita Barissa dos Santos Muniz		CPF: 099.117.274-40		
Profissão: Agricultora		Enderço: Rua Agostinho Tomaz	Número: 39	Complemento: Casa
Bairro: Natanael Maia		Cidade: Catole do Rocha	Estado: PB	CEP: 58884000
E-mail: emmanoela@hotmail.com.br		Tel.(DDD): (031) 3421-8000 (83) 9.9655-9484 (87) 9.9999-9976		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
DADOS CADASTRAIS				
RENDIMENTO MENSAL:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00				
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 3518 CONTA: 0000 1944 1 <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>			AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.				
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE				
INVALIDEZ PERMANENTE				
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.				
MORTE				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima: _____				
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____				
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				
Local e Data: Catole do Rocha, 18/01/2019 Nome: Tabita Barissa dos Santos Muniz CPF: 099.117.274-40				
(*) Assinatura de quem assina A ROGO Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Assinatura do Representante Legal (se houver)				
TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: 29 JAN. 2019 PROTOCOLO Assinatura: _____				
2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____				

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





ESTADO DA PARAÍBA - SEC. EST. SAÚDE

GOVERNO
DA PARÁBA

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

10

ESTADO DA PARÁBA - Sec. Est. Saúde
HOSP. REG. CATOLÉ DO ROCHA - PB
FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL




Paciente: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Data / Hora: 03/10/2018 17:32:07
Recepção/Unidade: Rua H, nº. 01 - Laranjeiras
Ficha Número: 48912
SPO 2: 98% FC: 120 TEMP: 36.8 HGT: 165 PA: 130/88
9477

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

LIVALDINO CARNERO DAGOSTA NETO - 5188-PB - 203-8345-0008-4000
ACE. FALCONE LAGORDANIA DE OLIVEIRA SAVI

Bohra, Dileep

TRATIVO = carimbos

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 8

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

02 Jelco N° 20

- Tala de imobilizar

03 S.R.L.

- Almofada.

03 ABD

- EPI

02 Amp. Dipirona Sódica.

E.C.G

 NORMAL ALTERADO NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

 AGITAÇÃO SONOLÉNCIA COMA CONVULSÃO OTORRAGIA RIGIDEZ MIDRÍASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

 ABORTAMENTO HEMORRAGIA VAGINAL NORMAL _____ SEMANAS TRABALHO DE PARTO OUTROS: _____**DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS****DIAGNÓSTICOS****PROCEDIMENTOS**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS | <input type="checkbox"/> PUNÇÃO VENOSA | <input type="checkbox"/> DRENAGEM TORÁCICA |
| <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL-"AMBU") | <input type="checkbox"/> TALAS/TRAÇÃO | <input type="checkbox"/> INALAÇÃO DE OXIGÉNIO (02) |
| <input type="checkbox"/> MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA | <input type="checkbox"/> OROTRAQUEAL | <input type="checkbox"/> SONDA VESICAL |
| <input type="checkbox"/> CRICOTIREIDOSTOMIA | <input type="checkbox"/> SONDA GÁSTRICA | <input type="checkbox"/> SEDAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> CÂNULA OROFARÍNGEA | <input type="checkbox"/> RESPIRADOR | <input type="checkbox"/> CURATIVO |
| <input type="checkbox"/> INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL | <input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO | <input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL |
| <input type="checkbox"/> CONTROLE DE HEMORRAGIA | <input type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS | |
| <input type="checkbox"/> OUTROS: _____ | | |

TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

* AVD + S.R.)

* Dipirona sódica - 3g /ev + ABD - 10ml - Infusão lenta

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

- LIBERADO APÓS ATENDIMENTO RECUSA O ATENDIMENTO ÓBITO NO LOCAL ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
 ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

- DECÚBITO DORSAL DECÚBITO LATERAL DECÚBITO VENTRAL SENTADO ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____

ENFERMEIRO(A): Widley Lopes COREN: _____ MAT.: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT.: _____

ONDUTOR: Damilo COREN: _____ MAT.: _____

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000001944-1

Nr. da Autenticação 472772B5573383B3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 11

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000001944-1

Nr. da Autenticação 6B9B51905E821B7A



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 12

MARIA RAIMUNDA NETA
RUA AGOSTINHO TONAZ, 29 - NATANIAE, LIMA
CATOLE DO RODÔNIA / PB CEP: 58384000 (43-345)
Emissão: 27/09/2018 Referência Set/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA-MONOFÁSICO Br230, Km25-Costa Redonda-Jequiá Pequeno PB-CEP 58057-090
Roteiro: 17-245-110-2600 N° medidor: 00098544612



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.395.162/0001-40 Insc Est: 16.015.020-0

Nota Fiscal/Contas de Energia Elétrica N° 012.100.275
Cód. para Díba Automática: 00005389747

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	27/09/2018	29/10/2018	025.843.964-69

UC (Unidade Consumidora):

5/538974-7

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE no. 0196 de 10/06/2003
Lei nº 10.439, de 20 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 29/08/18	Leratura 6493	Data 27/09/18	Leratura 6709	1
Demonstrativo				
CGI Descrição Quantidade Tarifa cl Valor Base Calc. Alq. Imp (R\$) Valor Base Pe/BR Cofre (R\$)				
0801 Consumo abr 20kWh-BR	30.000 0.291950	9,44	9,44 27	2,39 9,44 2,37 0,31
0801 Consumo - 31 a 150kWh-BR	10.000 0.487950	39,76	39,76 27	9,11 39,76 9,27 1,25
0801 Consumo - 101 a 220kWh-BR	116.000 0,723460	89,02	89,02 27	22,88 89,02 0,88 3,12
0801 Adic. B. Vermelha		11,43	11,43 27	3,09 11,43 0,39 0,42
0810 Subsídio		59,85	59,85 47	15,32 59,85 0,47 2,18
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA		17,32	0,00 0	0,00 0,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 07/2018		0,24	0,24 0	0,00 0,00 0,00
0804 JUROS DE MORA 08/2018		0,12	0,12 0	0,00 0,00 0,00
0805 MULTA 07/2018		2,31	0,00 0	0,00 0,00 0,00
0805 MULTA 08/2018		2,28	0,00 0	0,00 0,00 0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018		0,11	0,11 0	0,00 0,00 0,00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018		0,08	0,08 0	0,00 0,00 0,00
0806 DESCONTOS SUBSIDIO		-6,19	0,00 0	0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do item TOTAL 179,63 190,19 52,26 188,15 156 7,26

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

21/10/2018 R\$ 178,63

Histórico de Consumo (kWh)

170 | 184 | 207 | 184 | 130 | 222 | 177 | 170 | 186 | 176 | 185
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fever/18 Mar/18 Abr/18 Maio/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AO FISCO

fba7.12ab8.e617.5d30.53d4.dbf8.6f15.980d.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIACIONAL	8,27	0,00
DCTA TRIMESTRAL	11,54	NOMINAL
DIANUAL	20,98	200
FIC MENSAL	3,41	0,00
FIC TRIMESTRAL	8,25	CONTRATADA
FICANUAL	13,70	LIMITE INFERIOR
DMC	9,71	0,00
DICR	12,23	LIMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Tarifação de Dist. de Energia/PIB	20,73	17,19
Comissão de Encargo	91,45	78,79
Serviço de Transmissão	4,78	4,28
Encargos Setoriais	7,27	6,37
Impostos, Dutos e Encargos	04,43	3,77
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	178,63	100,00

ATENÇÃO

Sua unidade foi intitulada como Baixa Renda, tensão um desconto de R\$40,13
Reajuste Tarifário-Vigência 26/09/18-Res. ANEEL nº 2.438-Baixa Tensão 15,41% Média
Reajuste Tarifário-Vigência 26/09/18-Res. ANEEL nº 2.438-Alta Tensão 16,75% Média

Faturas em atraso

29 JAN. 2019
PROTOCOLO
4º PESOCA

energisa
PARAÍBA

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

21/10/2018 R\$ 178,63

83680000001-7 78630054000-6 05389742018-7 09800245019-9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 13



COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 20181228928857	ESCRITÓRIO	PATOS	CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO 02892885.7
MATRÍCULA 02892885.7	CLIENTE DEJAIR QUEIROZ DE ARAUJO	CPF/CNPJ: 041.XXX.XXX-XX	VENCIMENTO 19/12/2018
INSCRIÇÃO 075.005.420.0056.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA TITICO GOMES, 405 - BELO HORIZONTE PATOS PB 58704-380		FATURA 12/2018
RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA	AQUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL	
ÚLTIMOS CONSUMOS 11/2018 - 10 10/2018 - 9 09/2018 - 14 08/2018 - 17 07/2018 - 14 06/2018 - 22-FF ECONOMIAS CONS. POR ECONOMIA COD. AUXILIAR 1 9 R 53014		LEITURA ANTERIOR ATUAL 743 752 07/11/2018 07/12/2018 NºHm: Y13N713469	CONSUMO (M ³) DIAS CONSUMO/DIA 9 30 0,30
DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA		9 M3	37,91
		TOTAL R\$	37,91
Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012. R\$ 3,58			

SR. USUÁRIO: EM 30/11/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO.
 COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.
 CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 11/2018

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbides		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif.Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif.Termostolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 11/12/2018



MATRÍCULA
02892885.7

INSCRIÇÃO
075.005.420.0056.000

29 JAN. 2019
FATURAS, n.
12/2018

NÃO RECEBER APÓS
31/12/2019

VENCIMENTO 19/12/2018

PROTOCOLO
VALOR R\$ 37,91

GRUPO: 525

FIRMA: 2

82630000000-5 37910010075-7 02892885701-1 12201850003-5

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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 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 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 EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 029.848.084 / 01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Tábita Barreto dos Santos Muniz inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.117.274 / 40 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Tábita Barreto dos Santos Muniz, inscrito (a) no CPF sob o Nº 099.117.274 / 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios:
RG, CPF, TÍTULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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		Número	Complemento
RUA TITICO GOMES		405	Casa
BAIRRO BELO HORIZONTE	CIDADE PATOS	ESTADO PARAIBA	CEP 58700-000
EMAIL emmanoela@hotmail.com.br	TELEFONE COMERCIAL (DDD) (83) 3421-8003	TELEFONE CELULAR (DDD) (62) 9 9655-9484 / (87) 9. 9999-9976	

Ratoeira Rocha, 18 de janeiro de 2019
Local e Data

Emmanoela S.P.V.S. Araújo
Assinatura do Declarante

PROTOCOLO
DE PESSOA
PREVIDÊNCIA
SOCIAL
29 JAN. 2019





Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ, RG 3.729.576 SSP/PB, residente e domiciliada na Rua: Senador Rui Carneiro – Catolé do Rocha – PB, foi atendida nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Livaldino Luiz da Costa Neto – CRM/5457, no dia 03 de Outubro de 2018. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente de colisão carro com moto, foram feitos os primeiros procedimentos e ficando em observação, e a mesma vindo sendo Transferida para o Hospital Regional de Patos. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

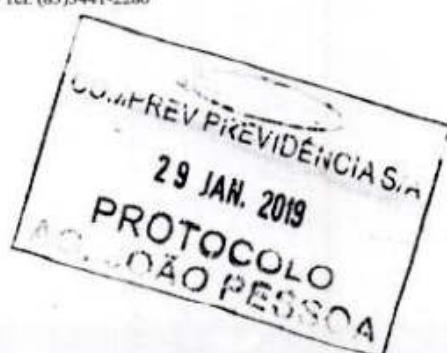
As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

Giula Darllen Freitas Ramalho Monteiro
Giula Darllen Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral
Matr. 180924-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 22 de Outubro de 2018.

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos
Rua: Castelo Branco, 349 Batalhão – Cep: 58884-000 – Catolé do Rocha – PB
Email: hospitalcatole@hotmail.com – Tel. (83)3441-2280



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Leito:

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
03/10/17	12:00	Ressalto: vítima de acidente automóvel, com escoriações severas e feridas de cintura e rimas. Fugiu aos cuidados e aguarda transferência.	Thalissa Támar Enfermeira COREN/PB 417.306
04/10/18	06:00	Pel. esclera estival, consciente, sobre dor em local da fratura, aguarda transferência -	Tatia Queiroz Batista Campos Enfermeira COREN/PB 2...152
04/10/18	12:40	Pel. - transportado para o Regional de Petrópolis, acompanhado do piso enfermagem Admang, segue aos desenvolvimentos -	Tatia Queiroz Batista Campos Enfermeira COREN/PB 2...152

SINAIS VITAIS



ENCAMINHAMENTO

1ho o paciente També brinca das Santa mungas
e na(o) _____

to do "rotate" the results

1) Hospital Regional

le de S-15

JUSTIFICATIVA

20 Tern *Spheniscus magellanicus* (L.)

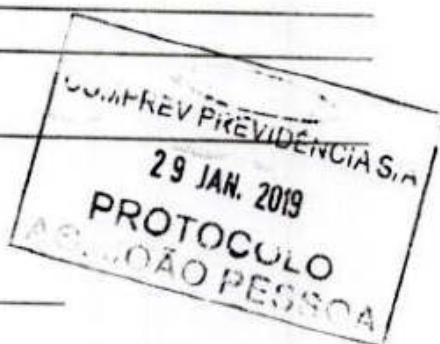
OBSERVAÇÕES

nal Acompanhante:

amente.

Dr. Livoldino Lutz da C. Neto
CRM: 5457
CPE: 025.501.01

Assinatura e carimbo do profissional



Catolé do Rocha - PB



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	13108	PRONTUÁRIO	7980
DATA	12/10/2018	HORA	15:43
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	MMAIA
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PROPRIA RESIDENCIA		
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)		
PACIENTE	TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ	IDADE	24a 9m GÊNERO FEMININO
FILIAÇÃO I	MARIA DORGIVANIA DOS SANTOS		
FILIAÇÃO II	UBIRATAN FERREIRA MUNIZ		
CIDADE	CATOLE DO ROCHA PB	58884000	
ENDEREÇO	RUA AGOSTINHO TOMAZ 39		
BAIRRO	CENTRO		
NATURALIDADE	CATOLE DO ROCHA		
ELEFONE	8396331451	CELULAR	
C.N.S.	165927312310004	IDENTIDADE	3729576
C.P.F.		REG. NAC.	
NASCIMENTO	04/01/1994	COR	PARDO
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	

RESPONSÁVEL GEAVANIA DE LIMA

Ass. Resp./Paciente

Geavani de Lima

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

*Dr. André Luis Peixoto
Ortopedia e Traumatologia
CID: 18426*

*REVISTAS
29 JAN. 2019*

*PROTOCOLO
DAO PESSOA*

6 CID 542.2

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

Fratura de unha parcial

DADOS DA SAÍDA

Data 14/10/18

Hora 07 H 00 Min

MOTIVO

- (Alta Curado (Alta Melhorado (Alta a Pedido
(Transferência (Evasão (Óbito

MÉDICO/CRM

*João H. Sastre Lima Laureano
CRM-PB 7417*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	TIBITÁ CERISE DOU SANTOS RODRIGUES		Nº prontuário
Data da Cirurgia	Enf.	Leito	
Cirurgião	Dr. Fábio SP	1º Auxiliar	Dr. WAGNER
Anestesista	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura umbigo Pecten 650623		
Tipo de Cirurgia	Osteosíntese umbigo Pecten		
Diagnóstico Pós Operatório	TOCM		
Relatório Imediato do Patologista	—		
Exame Radiológico no Ato	—		
Acidente Durante a Cirurgia	—		

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso – Tática e Técnica – Ligaduras – Drenagem – Sutura – Material Empregado – Aspectos Visceras
1. PAONAL EM DOCUZAL DOESTE MUL 02/2014 PREV PRÉVIDÊNCIAS, 29 JAN. 2019
2. ASS. PSM E ANESTESIA
3. Colagr. do umbigo cirúrgico
4. via de acesso anterior no umbigo 650623 NAO OPERADA
5. Recuperação e o resultado NMLM Pecten
6. Sutura com PUG # 4.5 mm e parafusos contornos
7. Sutura com Fibrin 01 SF 01
8. Cirurgia em Ponto Ponto

Dr. Fábio de Oliveira Spd
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Ortopedia





GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital	RNP	Enfermagem	Leito	Nº Procedimento	
FOLHA DE ANESTESIA		Suas	Idade	Sexo	Cor
Data	Presão Arterial Pulso	Respiração	Temperatura		
19/10/19	140 x 90	110	36		
Tipo Sangue/Plasma	Hemácias	Hemoglobina	Glicose	Urina	Altura
	Vida apagada				Outros
	urina				
Ap. Respiratório			Arena	Bronquite	
Ap. Circulatório	OPN				
Ap. Digestivo	NOV			Elaucardíograma	
Estado Mental	apenas 3 ph	Duradoura	Endoscópio	Ap. Uretral	
Diagnóstico Pre-Operatório:	fract. unha	Anestésicos	Controle das	Alergia	Hipotensores
Antecedentes Anteriores				Nepe	Risco
Antecedentes Pre-Anestesia			Aplicada às	Efetto	
Induzida Anestesiada	02				
Unidades	JF 300-500				
	JF 200-2100				
DIAG. URG. NECESSITADA					
PAK. ANEST. ORNAMENTAL					
Relações e Anotações	100 00				
Período	10h				
Agente	Nicotine CV 0,05% 20 ml + lidocaína 1% CV 20 mg + lidocaina				
Veia	Blodrum perna				
Opções	Perf. ca. fat. unha				
Gravidez	Fab. o s.p.				
Anestesia					
Observações	fibrose				
INDUÇÃO					
Satélite	Facil	Tosse			
Laringo Espasmo		Lenta			
Histaseas		Vômitos			
Outros					
MANUTENÇÃO					
Cephaline	caj				
Desnecessário	caj				
Desnecessário	caj				
Desnecessário	caj				
Desnecessário	caj				
Anestesia Satél. Sim	ao	Não			
Não, porque?					
DESPERTAR					
Reflexos	SO				
Olhar	COZ	Facil			
Adolescente		Vômitos			
Outros					
PRÉ-PIRÉVIDÊNCIA					
Com cônus	29 JAN. 2019				
para o Rio Sim					
CONDICIONAL					
PROTOCOLO					
NAO OPERADO					
Canula					
Dr. Jilésson O. de Sousa					
Médico Anestesiologista					
CRM-PB 8807 CRUZ 8300					



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
ADENITE	Tobita Lourenço dos Santos Muniz	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
SL.	LEITO	SUS	24	7980.	
CIRURGIA	CIRURGIA		ANESTESISTA		
ANESTESIA	No cirurgia de Umero Fractura Spânia		J. Schleifer		
INSTRUMENTADORA	DATA	HORARIO	FIM	HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO	
George.	14-10-18	10:30			

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
X	TX. de Instrumentador	+	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	2	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi n° 24
X	TX. Monitor Cardíaco-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
X	TX. Sala		Seringa 5 ml
X	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
1	+Halotano Propofol		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembutal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
I	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penicase
-1-	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaina a 2%		Espadrapo
	Etodimide		Xilocaina Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPI Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo Compressas
	Nar.: :		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Aguilha descartável
X	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 15g ceftazolina 2g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
	Plasil		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Espirin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilitil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg	29 JAN. 2019	Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Aguilha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 c/ 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha Mary O
	Prolene 0 c/ agulha		naylon 2.0

PROTOCOLO



REQUISIÇÃO DE PARECER

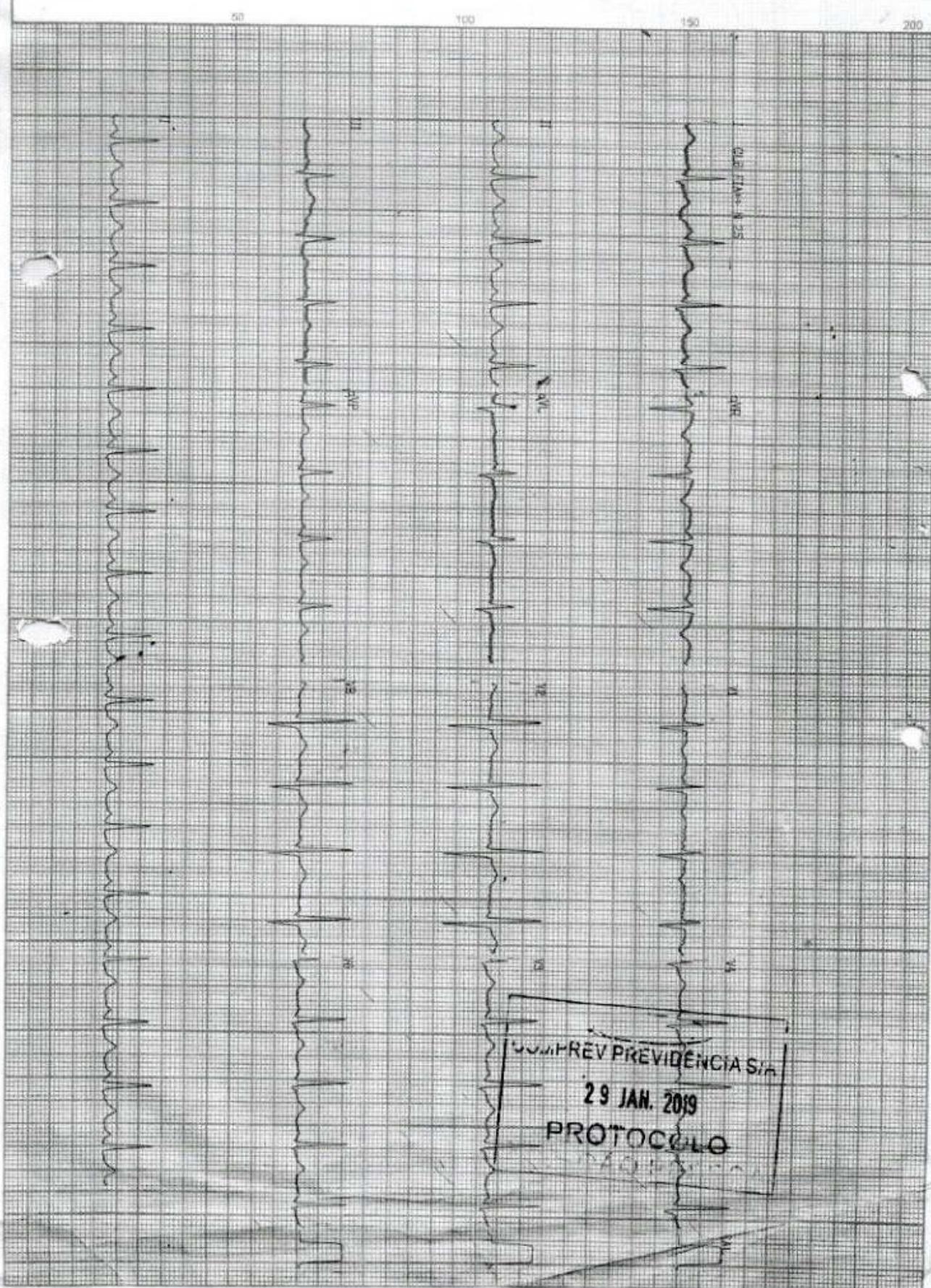
NOME:	Tabata Lourenço dos Santos Alves		
DA CLÍNICA	Elmira Jari	ENFERMARIA	10
A CLÍNICA	Centro de Saúde	LEITO	06
MOTIVO DA CONSULTA:	(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)		
Risco cardiovascular			
05/10/18		DATA	
ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE			
PARECER:	<p>Paciente Senhor Lourenço Cardoso Alves. Nenhum Comorbido ou alergia medicamentosa. PA = 120 x 80 mmHg. ECG = Normal Risco cardiovascular = Baixo Risco</p>		
<p>CONTRIBUIÇÃO PREVIDÊNCIAS S.A. 29 JAN. 2019 PROTÓCOLO NAO PEGADA</p>			
07/10/18		DATA	
ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			



Idade: 26

Data: 04/10/18

Hora: 16:30



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	13108	PRONTUÁRIO	7980
DATA	12/10/2018	OPERADOR	MMAIA
MÉDICO	LEONARDO BRUNO ALVES MONTEIRO		
PACIENTE	TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ	IDADE	24a 9m

RESUMO CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA Curado Melhorado Inalterado Óbito

DESTINO Residência Atendimento domiciliar

Transferência para _____

PATOS/PB, ____ DE ____

DE 20____

COMPARECIMENTO PREVIDÊNCIAS

29 JAN. 2019

PROTOCOLO

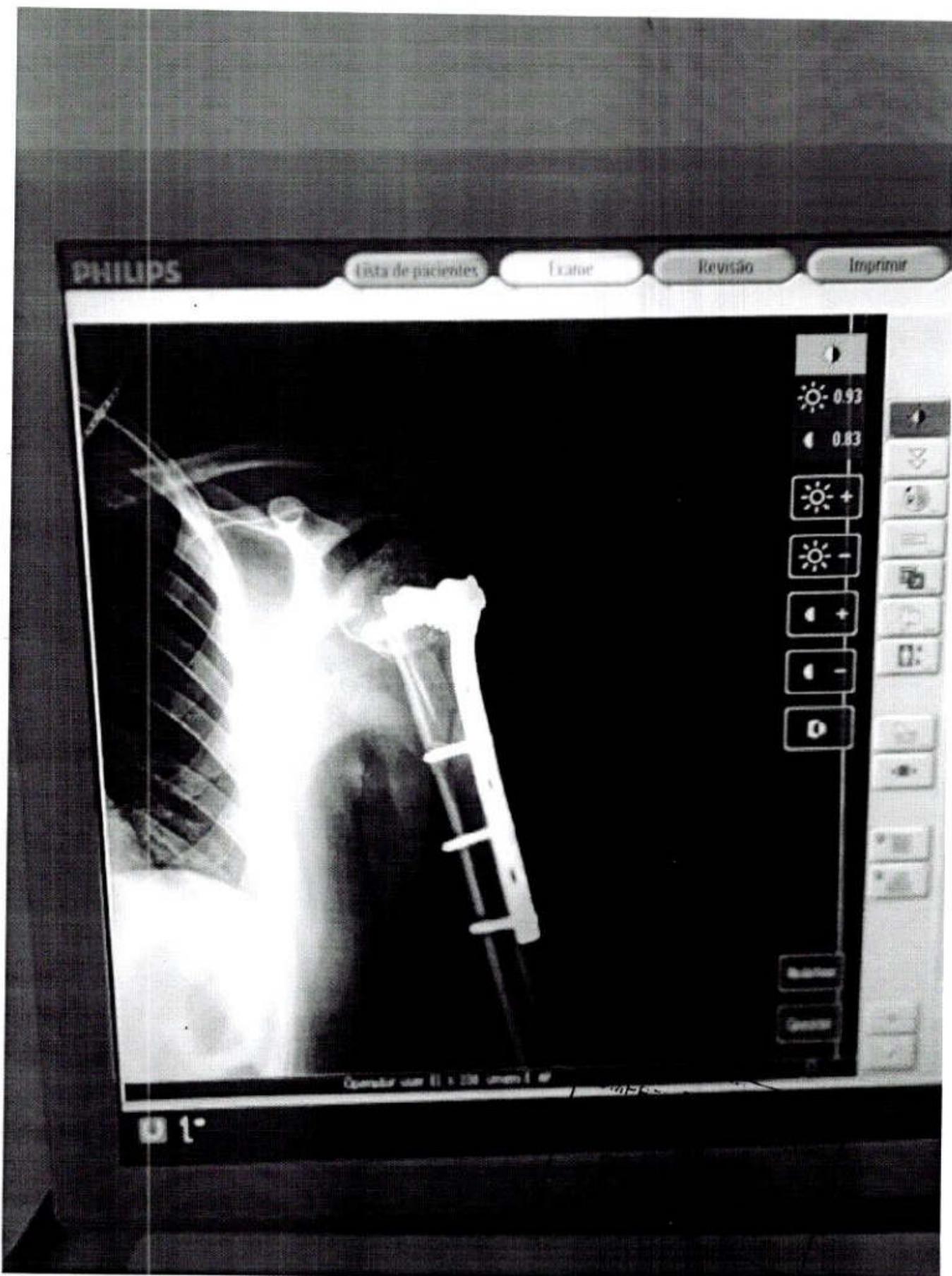
MÉDICO/CRM





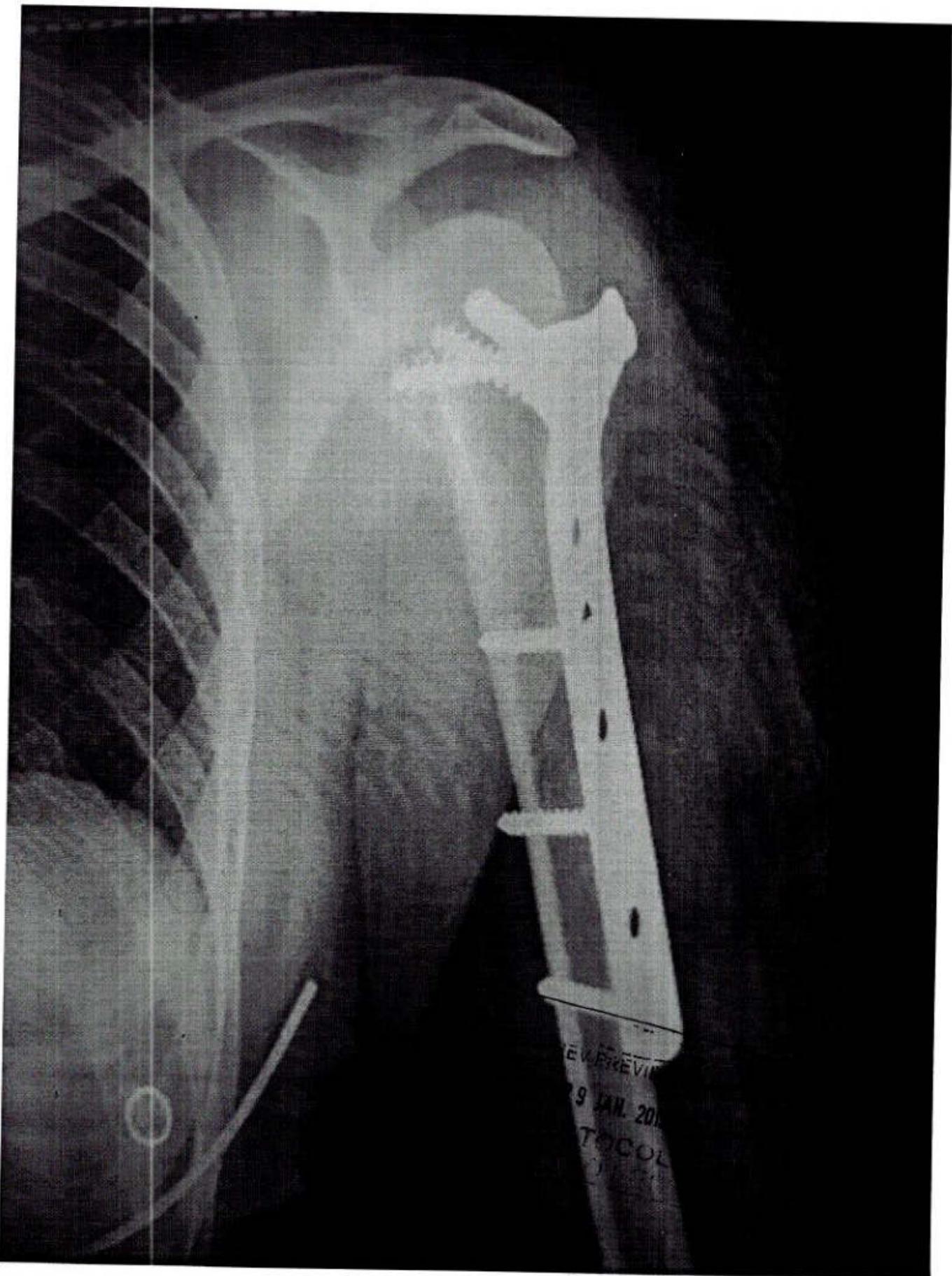
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 27



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 28



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 29

MAIOR

INSTITUTO DE ORTOPEDIA • REUMATOLOGIA • ACUPUNTURA MÉDICA

ESPECIALIDADES MÉDICAS

- ORTOPEDIA
- CIRURGIA DO JOELHO
- ARTROSCOPIA
- ACUPUNTURA
- REUMATOLOGIA
- RAJOS X
- TERAPIA POR ONDAS DE CHOQUE

COMPRE V
SEGUROS E PREVIDÊNCIAS

25 MAR 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSO

CENTRO DE REABILITAÇÃO FÍSICA

- FISIOTERAPIA
- PISCINAS TÉRMICAS
- HIDROTERAPIA ESPECIALIZADA
- HIDROGINÁSTICA
- RECONDICIONAMENTO FÍSICO PARA ATLETAS
- PILATES
- MUSCULAÇÃO SUPERVISIONADA PARA TERCEIRA IDADE E ADULTOS
- NATAÇÃO INFANTIL
- NATAÇÃO BABY
- NATAÇÃO ADULTO
- ERGOSPIROMETRIA (VO₂)

ATENDIMENTO PARA GRUPOS ESPECIAIS:

- GESTANTES
- TERCEIRA IDADE
- DOENÇAS REUMÁTICAS
- PATOLOGIAS DO JOELHO

ACADEMIA DE MUSCULAÇÃO
VO2
ESTAMPA FÍSICA

Rua Nilo Peçanha, 636 - Praia - C. Grande - PB - 83.3341.4976 | 3341.8700 |  @MAIORCG |  (83) 99144-7644 |  @maiorcg

Dra. Gertrudes M^a Medeiros Nóbrega e Souza

CRM 5471

ACUPUNTURA / REUMATOLOGIA

- Especialista em Acupuntura pela AMB e CMBA
- Especialista em Reumatologia pela AMB e SBR
- Membro Titular da Associação Médica Brasileira de Acupuntura - AMBA
- Membro Titular do Colégio Médico Brasileiro de Acupuntura - CMBA

Dr. Lúcio César de Oliveira e Souza

CRM 5470 / TEOT 7309

- Especialista em Ortopedia e Traumatologia pela AMB e SBOT
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Tornozelo e do Pé
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Artroscopia - Cirurgia do Joelho
- Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Joelho - SBCJ

Lauda médica

Pedras para o lado
fim que a paciente Talita
Larissa da Costa Rodrigues
deu entrada no Hospital
Regional de Patos em 02
de outubro de 2018 vítima
de corte de mola em
diagóstico de fratura com instabilidade
do humor posterior esquerdo
(AO: 542.2) com submetida a
intervenção cirúrgica em 01 de
outubro com fratura do humor
posterior esquerdo com polia
e parafuso cortante e expresso.
Atualmente paciente fratura
consolidada com perda de ca. 60%
de amplitude de movimento
ombro esquerdo e perda de

Scanned by CamScanner

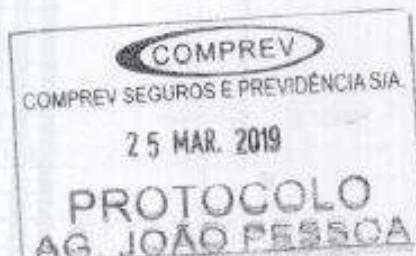


601. da frangur em membro superior esquerdo
como sequelas definitivas da lesão
inicial.

CID: T92.8

Pato, 21 de fevereiro de 2019

Dr. Abílio de Melo
Ortopedia e Traumatologia
CPMed 1119

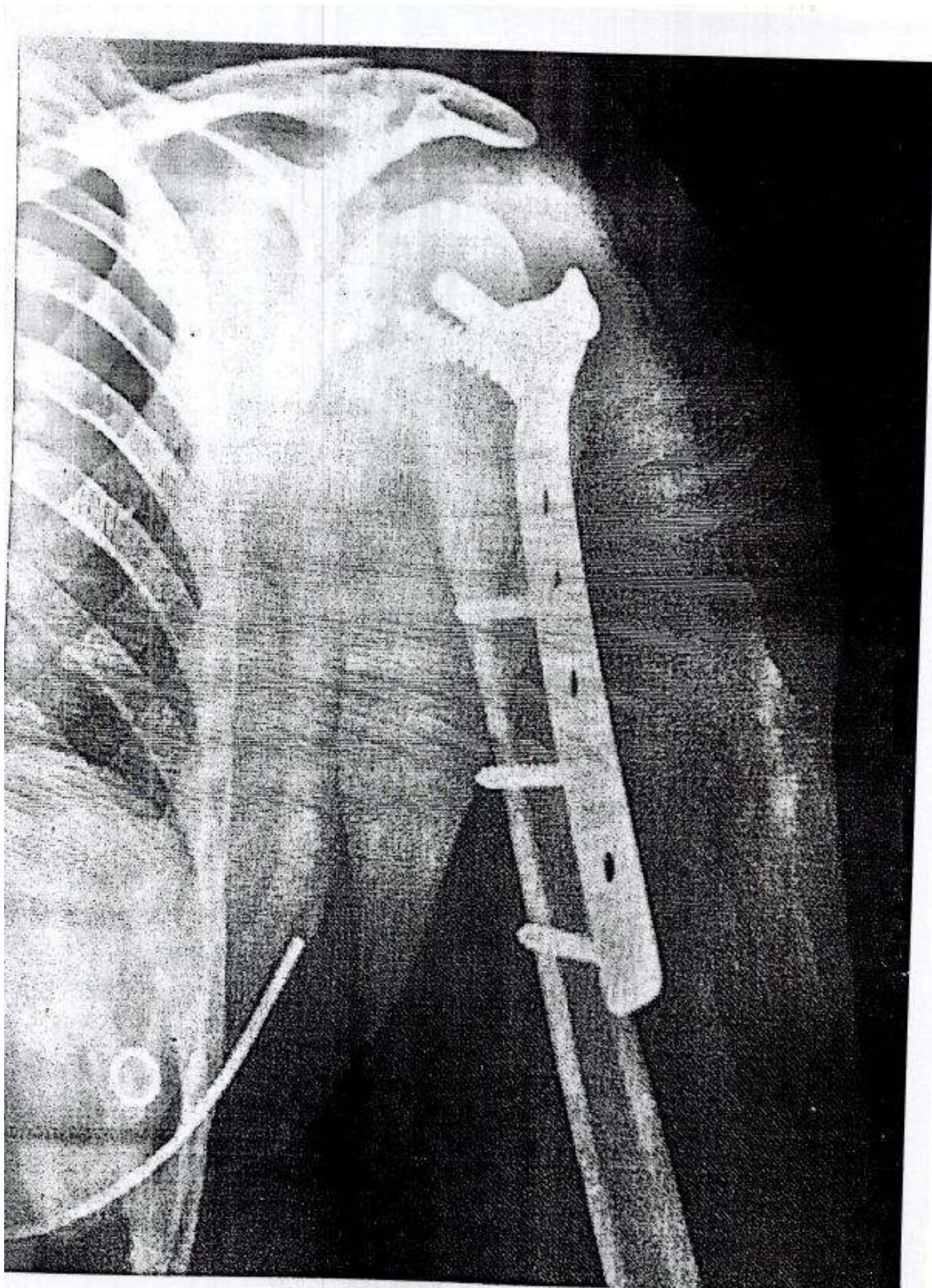



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 31



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 32



25 MAR. 2019

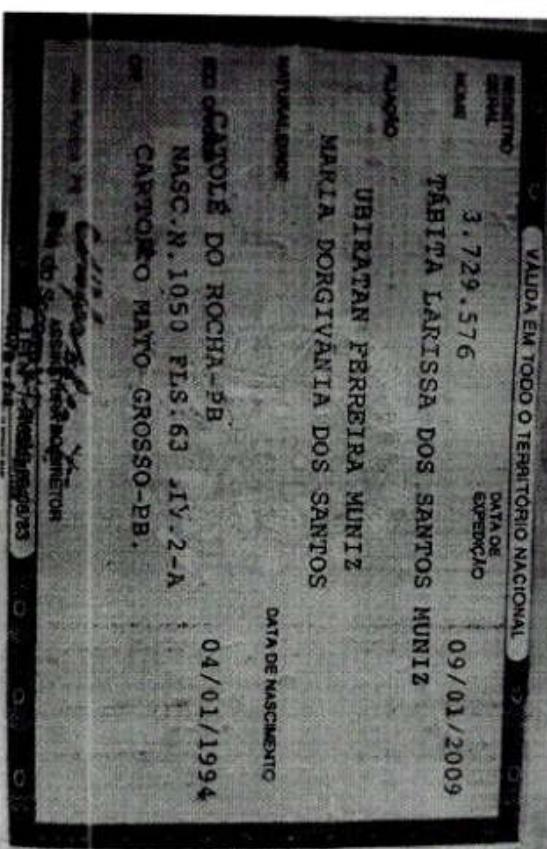
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 33



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011051032419710000034639427>
Número do documento: 2011051032419710000034639427

Num. 36279817 - Pág. 34



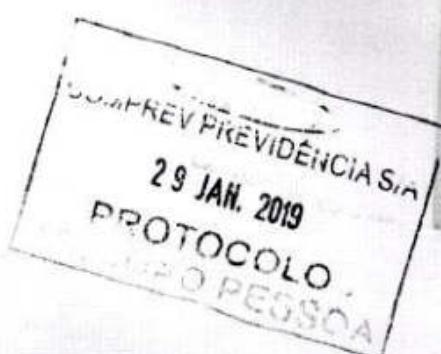
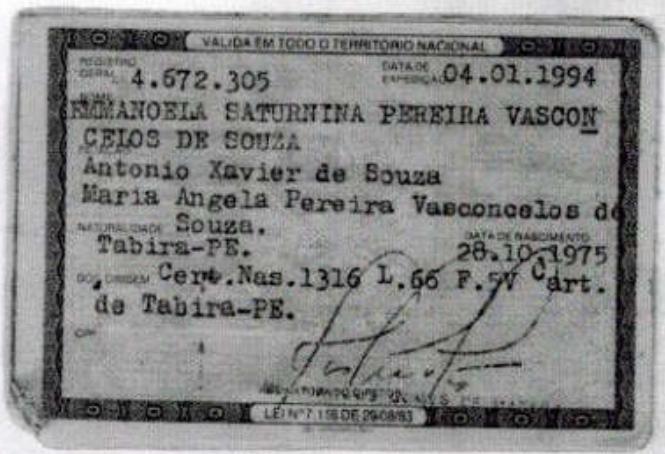
Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
029.848.084-01

Nome
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA ARAUJO

Nascimento
28/10/1975

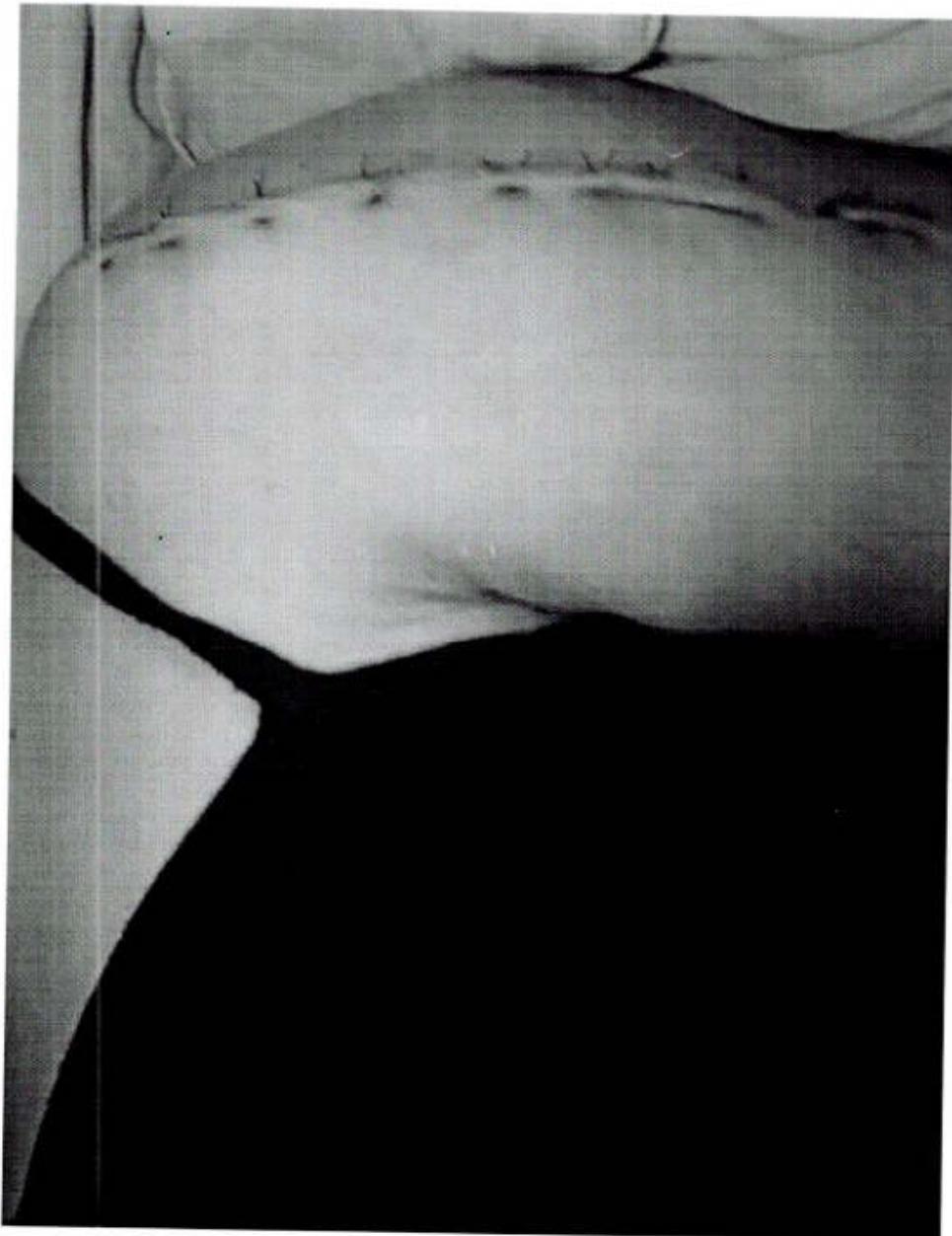


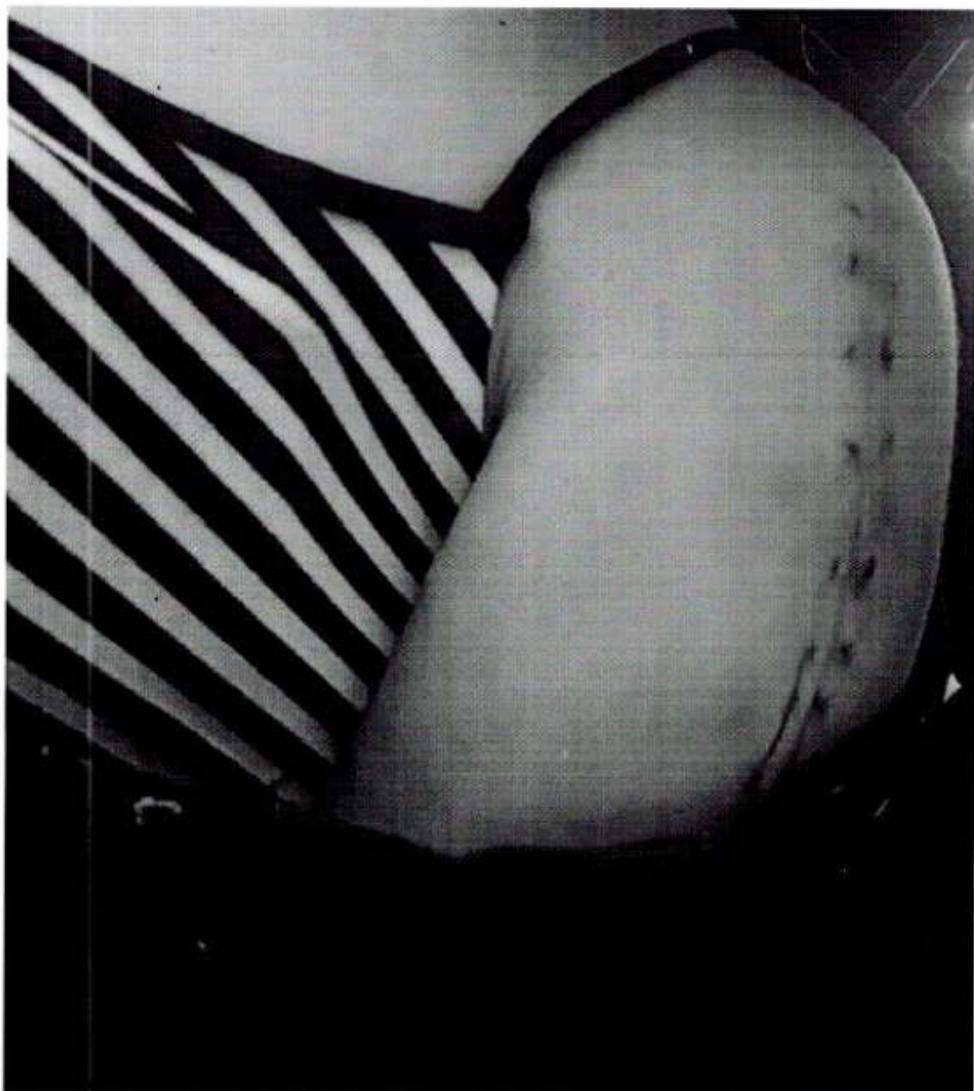




Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 38





Eu, Tábita Larissa dos Santos Muniz, Brasileira, Solteira, Agricultora, portadora da Identidade de nº: 3.729.576 - SSDS/PB, expedida em 09/01/2009, e CPF de nº: 099.117.274-40, residente na rua Agostinho Tomaz, 39 - Nataanal Maia, Catolé do Rocha / PB, cep: 58884000. Venho através desta informar a minha insatisfação, pois, soxi um acidente de trânsito no dia 03/10/2018, onde fui diagnosticada com uma fratura no úmero perimal esquedo, que foi submetida a procedimentos cirúrgicos, & hoje me encontro com sequelas devidas a esse acidente, no qual perdi 60% do movimento e força do meu braço. No entanto como uma cidadã que cumpre com seus direitos e deveres peço imediatamente, que meu processo venha ser avaliado com atenção, pois necessito ser avaliada por um médico da seguradora, para que ele possa informar como eu me encontro.

COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 MAR. 2019
PROTÓCOLO
Nº: 100 PESSOA

Catolé do Rocha - PB; 21/Febrero/2019

Tábita Larissa dos Santos Muniz

Scanned by CamScanner





Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 42

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190075910 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
MUNIZ

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO EM 45°, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15°, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 15°, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE LOCAL, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO EM 2 CM.

Resultados terapêuticos: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 03/10/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA EM T 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICIAIS NO DIA 11/10/2018. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do ombro esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/04/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Indenização em grau intenso do ombro devido à limitação da mobilidade articular, atrofia muscular e redução da força muscular. Vítima já indenizada em 50% de 25%, portanto, PI complementar. Procedida avaliação médica na cidade de Pombal.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190075910 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
MUNIZ

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @ 12-14

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190075910 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
MUNIZ

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

① E 2 SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCALARRECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 45

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190075910 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
MUNIZ

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 46

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190075910 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 03/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A
MUNIZ

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: @ 12-14

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

Nome: Fábia Lanissa dos Santos Muniz
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Agente de Tomografia
Identidade: 3729.576 CPF: 099.117.274-40
Endereço: Rua Agostinho Faroel 39, Natanael Moraes, Cuité PB

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária, Identidade: 4.672.305
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 – Bairro: Bela Vista – CEP:
58704-460 – Patos-PB

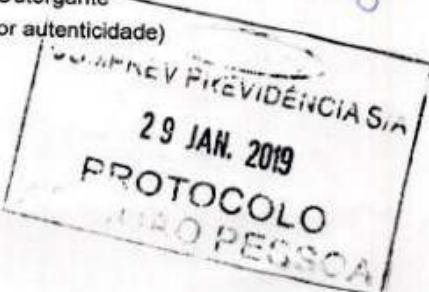
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Yubistu Lenissim dos Santos Muniz, ocorrido no dia 03/10/2018, de Catarina Indelicado

Pabst 17 de Agosto 2019.

Local e data

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



CARTÓRIO CARLOS TRIGUEIRO

Rua: Peregrino Filho, 180 - Centro - Patos - PB - Cep: 58700-450
Telefone: (83) 3421-3700 / 3421-3400

Reconheço por autenticidade, a(s) fármacos de
TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ,
de Notas
Patos/PB 17/01/2019
Es testemunha da verdade. **REBECA ALVES DO NASCIMENTO**
Escrevente: **REBECA ALVES DO NASCIMENTO**
Selo Digital: AHY68643-7YHW
Confira os dados do ato em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
Especificação: RG: 81 ISS: R\$0,50 Farpan R\$0,29
FIRMA: REBECA ALVES DO NASCIMENTO
CARTEL: CARTEL DA JUSTIÇA PIAUÍ



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032540/19

Número do Sinistro: 3190075910

Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

CPF: 099.117.274-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2018

Titular do CPF: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 25/03/2019

Data do cadastramento: 25/03/2019

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 029.848.084-01

CPF: 104.643.734-84

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032540/19

Vítima: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

CPF: 099.117.274-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/10/2018

Titular do CPF: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de ato declaratório
- Declaração de Inexistência de IML
- Declaração do Proprietário do Veículo
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO : 029.848.084-01

- Comprovante de residência
- Declaração Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ : 099.117.274-40

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 29/01/2019

Data do cadastramento: 29/01/2019

Nome: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAU
CPF: 029.848.084-01

Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

A SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOU

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 50

**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: **3190075910**

Nome do(a) Examinado(a): **TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA AGOSTINHO TOMAZ, 39, CASA - NATANAEL MAIA - Catolé do Rocha - PB - CEP 58884-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3729576**

Data e local do acidente: [**03/10/2018**] **CATOLÉ DO ROCHA PB**

Data e local do exame: [**12/04/2019**] **Pombal** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**AO EXAME DO OMBRO ESQUERDO: APRESENTA DIMINIÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO EM 45°, DIMINIÇÃO DA
ROTAÇÃO EXTERNA EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINIÇÃO DA ROTAÇÃO
INTERNA EM 15°, DIMINIÇÃO DA ADUÇÃO EM 15°, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE LOCAL, ATROFIA DOS
COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO EM 2 CM.**

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

[**X**] Sim [] Não

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

**PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 03/10/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO ÚMERO PROXIMAL ESQUERDO.
O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA EM T
4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS NO DIA 11/10/2018. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E
NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.**

V. Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

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

**DIMINIÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO EM 45° DIMINIÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA EM 30° DÉFICIT DE FORÇA
FLEXORA E EXTENSORA GRAU II DIMINIÇÃO DA ROTAÇÃO INTERNA EM 15° DIMINIÇÃO DA ADUÇÃO EM 15°
ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE LOCAL ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DO BRAÇO EM 2 CM.**

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 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 de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

OMBRO ESQUERDO

% 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
a valoração do dano corporal.



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000001944-1

Nr. da Autenticação 472772B5573383B3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 53

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TABITA LARISSA DOS SANTOS MUNIZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000001944-1

Nr. da Autenticação 6B9B51905E821B7A



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 10:32:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110510324197100000034639427>
Número do documento: 20110510324197100000034639427

Num. 36279817 - Pág. 54