



Número: **0845620-58.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 5.737,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES (AUTOR)	JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
LUCIANO JOSE LIRA MENDES registrado(a) civilmente como LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
76035 486	13/07/2023 10:08	<u>Petição</u>	Petição
76035 488	13/07/2023 10:08	<u>2806483_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
76035 489	13/07/2023 10:08	<u>2806483_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 10:08:43
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071310084283000000071625092>
Número do documento: 23071310084283000000071625092

Num. 76035486 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190352337 **Cidade:** Araruna **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES **Data do acidente:** 25/02/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TÍBIA (FIXADOR EXTERNO), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00038

CONTA: 000000016546-7

Nr. da Autenticação CDBBB29297B13B8F



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 10:08:43
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071310084339900000071625094>
Número do documento: 23071310084339900000071625094

Num. 76035488 - Pág. 2

MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES
SIT MATAVELHA S/N - AREA RURAL
ARANHAVA/PE CEP 5423500 (AD. 82)

Entrega: 20/02/2019 Referência Ref.: 2019
Classificação: RESIDENCIAL /BAIA REDE DA NORDEASTO
Ribeira (11-02-165-380) N° leitora: 000029870

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 063 0196 www.energisa.com.br
Cód para Ligar: 08000630196

Conta referente a Apresentação Data prevista da
Fev / 2019 20/02/2019 21/03/2019 CPF / C.
UC (Unidade Consumidora): 5/807459-3

Canal de contato:

Tarifa-Série de Energia Elétrica - TSEEE fornecida pela Unidade de Controle de Preços (UCP), de 28 de fevereiro de 2022.
Ao receber a fatura, caso precise acionar o atendimento, é importante lembrar que é de sua responsabilidade notificar a Prefeitura da sua cidade e/ou a sua concessionária para a responsabilização do município.

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	Data 10/01/19 Lectura 100018	Data 15/02/19 Lectura 1515			
Desempenho					
CD - Descrição	Geração Total	Vazão Instantânea (m³/h)	Fluxo (m³)	Lotação (m³)	
0801 Consumo da rede BR	32.200 3.000000	0,11	0,00	0,00	0,11
0801 Consumo - 21/02/2019 BR	26.500 1.349860	0,10	0,00	0,00	0,10
0802 Subsídio	5.740	0,01	0,00	0,00	0,01
ABASTIMENTOS E SUPPLY CO.					
0801 CONTRIBUICAO PÚBLICA*	1,57	0,00	0	0,00	0,00
0808 Devolução Subsídio	-10,47	0,00	0	0,00	0,00

Código de Classificação (090): TOTAL 76,73 F338 0,00 22,63 0,32 749
Média últimos meses (kWh): VENCIMENTO
54 27/02/2019
Histórico de Consumo (kWh):
24 | 94 | 82 | 58 | 10 | 92 | 30 | 44 | 50 | 87 | 57 | 10
Final: Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/20

3f1c.b511.07e5.99e9.0d25.98b1.7f92.2e44

Indicadores de Qualidade: 12/2018 - Avaria

Límites do ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	Discriminadas	Valor (R\$)	%
01 MENSAL	11,94	0,00	REGISTRO DE ENERGIA	0,00	0,00%
02 TRIMESTRAL	23,98	100%	Serviços Fornecidos	0,00	0,00%
03 ANUAL	47,78	100%	Exceções Letras	0,00	0,00%
04 MENSAL	11,74	0,00	Outras Obras Fiscais	0,00	0,00%
05 TRIMESTRAL	15,48	100%	Quarentena	0,00	0,00%
06 ANUAL	31,96	100%	Total	16,73	100,00%
07	5,68	0,00			
08	18,80	100%			



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Único para sempre pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - N° 023.711.731



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-080
CNPJ 39.095.183 / 0001-46 Insc. Est. 16.015.523-6

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 08
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

ABR/2019

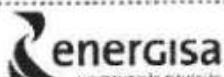
18/04/2019

208

26/04/2019

R\$ 182,90

Acesse: www.energisa.com.br



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Robô: 12-003-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 07/05/2019

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

26/04/2019

R\$ 182,90

1698358-2019-04-7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 10:08:43

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071310084339900000071625094>

Número do documento: 23071310084339900000071625094

Num. 76035488 - Pág. 4



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraslider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 RÉSSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADES DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.513/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024-91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Maria de Fátima F. de Sales inscrito (a) no CPF sob o N° 072 598 609-86,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria de Fátima F. de Sales
inscrito (a) no CPF sob o N° 072 598 609-36, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

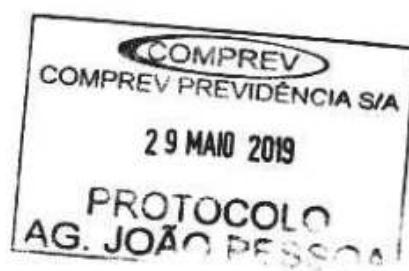
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

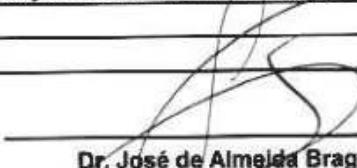
Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José C. Dutra</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Chapéu Preto</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58056-384</u>
E-mail:				Tel.(DDD):

Local e Data:

João Pessoa - PB 29/05/2019

Assinatura do Declarante



	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
LAUDO MÉDICO		
INFORMAÇÕES PESSOAIS		
NOME DO PACIENTE	MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES	
DATA DE NASCIMENTO	07/08/89	
NOME DA MÃE	BENEDITA MARIA DA CONCEIÇÃO FERREIRA	
DADOS EXTRAÍDOS		
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.145.507	
DATA DO ATENDIMENTO	25/02/19	
HORA DO ATENDIMENTO	16:26	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO	
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA + FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA	
CID 10	S82.9 + S42.0	
AVALIAÇÃO INICIAL:		
Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de atropelamento(sic), consciente, orientada, referindo dor com limitação funcional de ombro esquerdo. evolui com fratura exposta de tibia direita. Fratura fechada de clavícula esquerda, com indicação de tratamento conservador. Encaminhada para o Ortopracto de Mangabeira, conforme pontuação.		
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:		
TC de crânio		
RX de perna direita		
RX de ombro esquerdo		
RX de clavícula esquerda		
RESULTADOS DOS EXAMES:		
Fratura de tibia direita		
Fratura de clavícula esquerda		
TRATAMENTO:		
Imobilização do membro inferior direito. Encaminhada para o Ortopracto de Mangabeira, conforme pontuação. Imobilização da fratura da clavícula esquerda, sem indicação de tratamento cirúrgico.		
ALTA HOSPITALAR:	25/02/19	
DATA DA EMISSÃO:	06/05/19	
 Dr. José de Almeida Braga CRM: 2329/PB		

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS.

 COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

29 MAIO 2019

PROTOCOLO





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

13/03

GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332168700

Boletim de Atendimento: 1145607



Identificação do paciente				
ID 1379384	Nome MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES			Sexo Feminino
Data de nascimento 07/08/1989	Idade 29 anos 6 meses 18 dias	Estado civil	Religião	Protestante
Mãe BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA				Pai FRANCISCO FERREIRA DE SALES
Escolaridade				Responsável (Parentesco) MARIA DO SOCORRO - IRMÃ(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991089260	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3413034	NP Cns 708203602870349		
Local de procedência ARARUNA		Tipo MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade ALHANDRA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro MATA VELHA	
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL	
Admissão				
Data e Hora 25/02/2019 16:26:28	Número da pulseira 1000007245601	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente VEICULO X BICICLETA		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X _____ mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos	Paciente <i>autônomo de abrепелamento conciente, orientado, encaminhado ao CDI.</i> Dr. Janeleide <i>Entregue a</i> <i>CDI</i> Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO Corregedora			
Diagnóstico				
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO Corregedora	CID Tempo 55seg			

Imprimir

25/02/2019 16:24





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES	BAE 1145507	Data/Hora Entrada 25/02/2019 16:26:28	Data Baixa
Data de nascimento 07/08/1969	Idade 29a 6m 18d	Sexo Feminino	CNS 708203602870349 Telefone de Contato (83) 991089260
Mãe BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA			
Endereço MATA VELHA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 25/02/2019 16:26:28		Data/Hora Prescrição 25/02/2019 19:57:00	

Anamnese

#ORTOPEDIA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE BICICLETA
EVOLUI COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA + FRATURA FECHADA DE CLAVICULA ESQUERDA
TTO CONSERVADOR DE CLAVICULA

LIBERADO DAS OUTRAS ESPECIALIDADES -NCR + CG

CD:

ANTIBIOTICO - CEFALOTINA 2G EV

TRAMADOL 100MG EV

IMOBILIZAÇÃO

ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

+ DR TORIBIO

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)

CUIDADOS

IMOBILIZAÇÃO GESSADA, (OBSERVAÇÕES: TALA BOTA)

CURATIVO

Conduta

Alta médica

Gólio - J.



MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

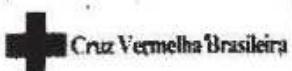
DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)

Boletim registrado por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO em 25/02/2019 16:27:23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 10:08:43
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071310084339900000071625094>
 Número do documento: 23071310084339900000071625094

Num. 76035488 - Pág. 8



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES	BAE 1145507	Data/Hora Entrada 25/02/2019 16:26:28	Data Baixa
Data de nascimento 07/08/1989	Idade 29a 6m 18d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 991089260
Mãe BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA			Prontuário
Endereço MATA VELHA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional JOAO PEDRO SANTANA DE LACERDA MARIZ	Nº Cons. Regional 11413/PB
Data/Hora Classificação 25/02/2019 16:26:28		Data/Hora Prescrição 25/02/2019 16:34:29	

Diagnose

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU EM PROTOCOLO DE IMOBILIZAÇÃO, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO ENQUANTO ANDAVA DE BICICLETA. REFERE SÍNCOPE PÓS TRAUMA, QUEIXA-SE DE DOR EM OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE MSE E DOR EM MID ONDE APRESENTA DEFORMIDADE, SEGUNDO SOCORRISTAS.

ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, LÚCIDA, CONSCIENTE E ORIENTADA, ECG 15, SEM ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO TORÁCICO E ABDOMINAL;
JÁ REALIZADA ANALGESIA NO SAMU.

CDT.:

- 1 - TC DE CRANIO + AVALIAÇÃO DA NCR;
- 2 - RX DE OMBRO E CLAVÍCULAS ESQUERDAS + RX DE Perna Direita + AVALIAÇÃO DA OROTPEDIA;
- 3 - ALTA DA CIRURGIA GERAL,

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

RADIOGRAFIA DE Perna Direita

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

JOAO PEDRO SANTANA DE LACERDA MARIZ
(CRM: 11413/PB)

Boletim registrado por: SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO em 25/02/2019 16:27:23

16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=527350&pesquisa=S&perform=im... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 10:08:43
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071310084339900000071625094>
 Número do documento: 23071310084339900000071625094

Num. 76035488 - Pág. 9

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES	BAE 1145507	Data/Hora Entrada 25/02/2019 16:26:28	Data Baixa
Data de nascimento 07/08/1989	Idade 29a 6m 18d	Sexo Feminino	CNS 708203602870349
Mãe BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA			
Endereço MATA VELHA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	UF PB
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS	Nº Cons. Regional 8267/PB
Data/Hora Classificação 25/02/2019 16:26:28		Data/Hora Prescrição 25/02/2019 16:48:50	

Anamnese

Neurocirurgia

Avalio paciente vítima de atropelamento, sem sinais de alarme.
Nega dor cervical.

Ao exame: ECG 15, PIFR, sem déficit focal.

TC Cráneo sem afecções neurocirúrgicas de urgência.

Cd:

Oriento sinais de alarme.
Alta da Neurocirurgia.

Conduta

Em observação



MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS
(CRM: 8267/PB)





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Maria de Fátima Ferreira de Sales	Data de Nascimento	07/08/1989	Mae	29a fém 18d	Sexo	FEMININO	Nº Prontuário	1145507	Data Prescrição	25/02/2019 19:57:00
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito							Validade da Prescrição			
Convenio	SUS	Matrícula							25/02/2019 19:57:00 - 26/02/2019 19:57:00		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Adm.	Veloc. Inf.	Poss	Aprazamento
1 CEFALOTINA 1G - D(1 / 1)	2000,0	MG		E.V.		AGORA	<i>20/02/19</i>
2 [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
3 CURATIVO	0,0						
4 [REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Data da entrada:

25/02/2019 16:26:28

Data da Internação:

25/02/2019 16:26:28

Permanência na

3h 31min

Permanência no

Senh

Retirado por:

DANIEL CONSERVA ARRUDA
CRM: 11134

dia:

*Daniel CONSERVA ARRUDA
25/02/19 19:57:00
Assinatura e Carimbo do Profissional*





CERTIDÃO

Sel

Nº. 0960/2019

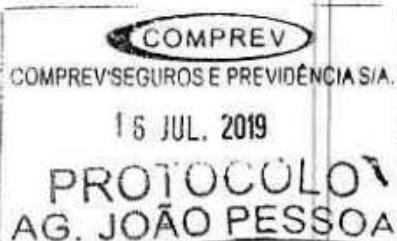
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº208906 e Prontuário nº 2019.02.003065 pertencentes a **MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES** que foi atendida dia 25/02/2019 às 23H23min, apresentando trauma em perna direita.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de tibia direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 26/02 e 13/03/2019 com alta médica dia 14/03/2019.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 01 de Julho de 2019

Sônia Oliveira
Médica
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 20890
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 25/02/201
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 23:23:02
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Receppcionista:
FAX: () - CNPJ: Clinica: ORTOPE

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES Num. Prontuario: 2019.02.C
CNS: 708203602870349 Sexo: F IDENTIDADE: 3413034 Fone: 991225311
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 07/08/1989 Id: 29 ano(s)
End.: SITIO MATA VELHA,00
Bairro: ZONA RURAL Cidade: ARARUNA UF :PB
Mae: BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA Pai: FRANCISCO FERREIRA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AGRICULTOR Estado Civil:
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: PRIMEIRO GRAU
Resp.: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES
Tel / Doc. Responsavel: 991225311 / IDENTIDADE: 3413034
Presidencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE A
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR: [] Aparentemente Bem
FC: TP: [] Politraumatizado
Peso: Altura: [] Hemorragia
Glicemia: IMC: [] Diarreia
Circ. Abd: O2%: [] Regular
[] Vomito
Qua a Principal Observacao
PA INTE ENCAMINHADA DO HEETSHL CONFORME NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS
PACTUACAO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico | Conduta

Prescricao | Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZZATO

DESTINO DO PACIENTE

- Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Maria de Fátima Data da Admissão: 2

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Lei: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Relig: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____

QPD: Traumatismo em ferros (P)

HDA: Pec com rigidez muscular
traumatismo em ferro (P). +
contato com ossos
continuando em tibia

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Pr
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epi
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Vis: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematê
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aum

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []H
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade
[]Amnésia []Libido []Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 10:08:43
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071310084339900000071625094>
Número do documento: 23071310084339900000071625094

Num. 76035488 - Pág. 15

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____ []HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Cas de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NE _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = ____ PA= ____ mmHg
FC= ____ FR= ____ TEMP(°C)= ____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *F+ Exosto se.**tibial D*

Conducta: _____

- Lmc
- Deslocamento
- Fixação externa
- Infiltração

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





Nome: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES	Registro:
Idade: 29 anos Sexo: Masc Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i> EMP:
Data: 13/03/2019	Cirurgião: DR. GUTEMBERG
1º Assistente: VALDEBAN R2	2º Assistente:
Anestesista: FRANCISCO	Instrumentador:

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura de diáfise de Tibia Direita com Fixador Extern.

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

O mesmo

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

REPOSIÇÃO NAMENTO DE FIXADOR

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não

Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:

1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito de Cirúrgico



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia.

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Achados:

Visualização de pino de schanz em foco de fratura

Conduta:

Reposicionamento de novo pino de schanz do foco de fratura para área com tecido ósseo integral

Procedimento guiado por escopia

Fechamento:

Curativo

OBS:

Alta amanhã optado por tratamento com fixador

Data: 13 / 03 / 2019

Dr. Valdeban Cervalho Jr.
M 752
Médico - CNS 2063
139950016
MEDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 10:08:43

<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071310084339900000071625094>

Número do documento: 23071310084339900000071625094

Num. 76035488 - Pág. 18



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Maria de Fátima</u>				Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:
Data:	Cirurgião:	TACES MAIS		
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

Tx Explosão da
Tibia (D)

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

O membro

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

Linc
Desbridamento
Fixação externa

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim 2 () Não	Descriva:
Biópsia de Congelação:	1 () Sim 2 () Não	

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o A

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Anestesia (Rog.)
- Aspirador e Antissepsis
- Alargador de Cervicais

Incisão:

Achados:

Conduta:

- Linc
- desbridamento
- Reducao incruento
- Fixador externo
- Sutura do forame
- Curativo
- Rx

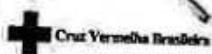
Fechamento:

OBS:

Prof - 80
Cirurgia

Data: 26/02/18

MÉDICO/CRM



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Receituário

Paciente: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Data: 26/02/2019 19:56:23

Sexo Feminino CPF: Não Informado

Ida

ENCAMINHAMENTO

#ORTOPEDIA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE BICICLETA
EVOLUI COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA + FRATURA FECHADA DE CLAVICULA ESQUERDA
TTO CONSERVADOR DE CLAVICULA

Liberado das outras especialidades - NCR + CG

TÍBIOTICO - CEFALOTINA 2G EV
TRAMADOL 100MG EV
IMOBILIZAÇÃO
ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

+ DR TORIBIO

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA
11134/PB

IncETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto LL
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58000-000





COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/F
29 MAIO 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 10:08:43
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071310084339900000071625094>
Número do documento: 23071310084339900000071625094

Num. 76035488 - Pág. 22



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 10:08:43
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071310084339900000071625094>
Número do documento: 23071310084339900000071625094

Num. 76035488 - Pág. 23

PROCURAÇÃO

Outorgante: Maria de Fátima Ferreira de Sales, brasileiro(a), estado civil solteiro(a) profissão agricultor(a), residente e domiciliado à Rua Sítio Matinha, nº 511 bairro Vila Rural, Município de Araruna, Estado de(o) PB Cep: 58.233-000 portador(a) do Rg nº 25113034, SSP/PI e CPF nº 072.598.669-36.

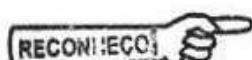
Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), casado, residente e domiciliado(a) à Rua Agenor Góis, nº 157, bairro Matinhos, Município de Araruna, Estado de(o) PB Cep: 58.096-384 portador (a) do RG nº 1054562 SSP/PI e CPF nº 495.536.021-91

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Maria de Fátima Ferreira de Sales, ocorrido em 25/02/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza invalides

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Araruna, 18, de maio de 2019.



Maria de Fátima Ferreira de Sales,

Outorgante
CPF Nº 072.598.669-36

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Serviço Notarial e Registral - "Martins de Sousa"
Praça Rio Branco, 36 - Fone (83) 3373 1270.
Reconheço verdadeira letra(s) e firma(s) por autenticidade de
Maria de Fátima Ferreira de Sales
Araruna, 18/05/2019
Em test^o hoj^o da verdade
Suelio Moreira Torres



SELO DIGITAL
AIG57884-TWAE
Consulta Autenticidade em:
<https://selodigital.tpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182321/19

Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

CPF: 072.598.609-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/02/2019

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES : 072.598.609-36

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

Data da entrega: 29/05/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

JOSE EDUARDO DA SILVA

RENATO LUNA DIAS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 10:08:43
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071310084339900000071625094>
Número do documento: 23071310084339900000071625094

Num. 76035488 - Pág. 25

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0182321/19

Número do Sinistro: 3190352337

Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

CPF: 072.598.609-36

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/02/2019

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 16/07/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 10:08:43
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071310084339900000071625094>
Número do documento: 23071310084339900000071625094

Num. 76035488 - Pág. 26



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 Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190352337

Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

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 14385287

Pag. 01703/01704 - carta_01 - INVALIDEZ



00020852



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 10:08:43
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071310084339900000071625094>
Número do documento: 23071310084339900000071625094

Num. 76035488 - Pág. 27



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, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190352337

Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00365/00366 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14389714



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 10:08:43

<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071310084339900000071625094>

Número do documento: 23071310084339900000071625094

Num. 76035488 - Pág. 28



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, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190352337

Vítima: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Data do Acidente: 25/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000016546-7

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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	07259860936	07259860936 de Fátima F. de Sales	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Cidade: Araruna		Estado: PB
Profissão: Chacicultora	Endereço: Sit. Chata Velha	Número: 311	Complemento:
Bairro: Cháca Rural	CEP: 58233-000	Tel. (DDP): (83) 986634900	
E-mail:			

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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"/> Itau (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 038	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
CONTA: 36546	CONTA: _____
(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.

VALIDADE PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica 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. 39, §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: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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: São Pessoa - PB 29/05/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____ **COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**
2º | Nome: _____ CPF: _____ 29 MAIO 2019
AG. JOAO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

FPS.001 V001/2018



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 05574.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 05574.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:16 horas do dia 23 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Maria de Fátima Ferreira de Sales**, CPF nº 072.598.609-36, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Agricultora, filho(a) de Benedita Maria da Conceição Ferreira e Francisco Ferreira de Sales, natural de Alhandra/PB, nascido(a) em 07/08/1989 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Mata Velha, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Araruna/PB, telefone(s) para contato (83) 99303-4880.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Mata Velha, Zona Rural, Araruna/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/02/19 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

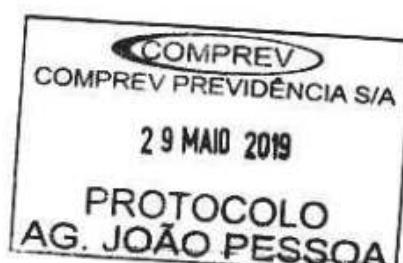
QUE NA TARDE DO DIA 25/02/2019, POR VOLTA DAS 13:30, ESTAVA EM SUA BICICLETA EM UMA ESTRADA DENTRO DO SITIO MATA VELHA, ARARUNA/PB, QUANDO UMA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA ATROPELOU ESTA NOTIFICANTE E EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A MESMA; QUE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S82.0 + S42.0, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA; QUE EM SEGUIDA FOI TRANSFERIDA CO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S82.2, PASSANDO POR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. LEONARDO MIRANDA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 23 de maio de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

MARIA DE FÁTIMA FERREIRA DE SALES
Noticiante



Procedimento Policial: 05574.01.2019.1.00.401

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	07259860936	Cida de Fátima F. de Sales	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Profissão:	Código:	CEP:
Chá de Fátima F. de Sales	agricultora	51	07259860936
Endereço:	Número:	Complemento:	
rua Rural	51		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
	Arauána	PB	58233-000
E-mail:		Tel. (DDP):	(85) 986634900

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

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

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

Bradesco (237) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **038** CONTA: **36546** (7)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos. Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim 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:	São João Pessoa - PB 29/05/19
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina o RG

X Maria de Fátima Ferreira de Sales

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS	1º Nome: COMPREV CPF: 29 MAIO 2019
2º Nome: PROTÓCOLO CPF: AG. JOAO PESSOA	Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, 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.

FPS.001 V001/2018





PREFEITURA MUNICIPAL DE ARARUNA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

SAMU ARARUNA

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 BASE DESCENTRALIZADA DE ARARUNA-PB, inscrito sob CNPJ: 11.667.845/0001-51. DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2361610, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente Maria de Fátima F. do Salvo, 29 anos, CPF 072.598.609-36, RG 3413034, vítima de Colisão moto x bicicleta, no dia 25/10/19, às 13 : 21 horas, na localidade Sítio mata 2 lelha. Sendo o mesmo encaminhado para Hospital de Trauma João Pessoa.

Araruna, 19 de Março de 2019.

Thais Lourenna da Silva Ferreira
Coordenadora Administrativa
SAMU-ARARUNA
MAT: 18815

Thais Lourenna da S. Ferreira
Coordenação Administrativa
SAMU 192 BASE DESCENTRALIZADA DE ARARUNA-PB

Rua Coronel Pedro Targino, S/N – Centro, CEP 58233-000, Araruna-PB
FONE: (83) 3373-1209





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 13ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08456205820198152001

BRADESCO SEGUROS 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 **MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES**, 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\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS 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,

JOAO PESSOA, 11 de julho de 2023.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477**

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 10:08:44
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071310084405700000071625095>
Número do documento: 23071310084405700000071625095

Num. 76035489 - Pág. 1

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 10:08:44
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071310084405700000071625095>
Número do documento: 23071310084405700000071625095

Num. 76035489 - Pág. 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/07/2023 10:08:44
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071310084405700000071625095>
Número do documento: 23071310084405700000071625095

Num. 76035489 - Pág. 3