



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	Petição	Petição
76035 488	13/07/2023 10:08	2806483_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
76035 489	13/07/2023 10:08	2806483_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Outros Documentos

EM ANEXO



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

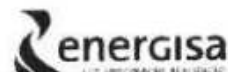


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 023.711.731



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.825-0

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

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

18/04/2019

CONSUMO

208

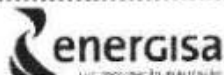
VENCIMENTO

26/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 182,90

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE NOV

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Rotelro: 12-003-292-0450

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

VENCIMENTO

26/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 182,90

MATRICULA

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.seguradoralider.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 61 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 SUSEP 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.

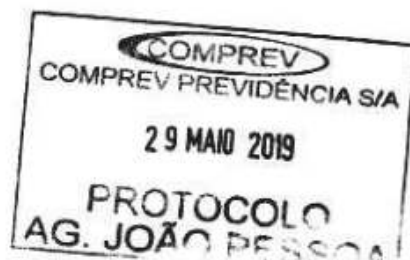
Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024, 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
M^a de Fatima F. de Sales inscrito (a) no CPF sob o Nº 072.598.609 36
do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima M^a de Fatima F. de Sales
inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marabá</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): _____

Local e Data: João Pessoa - PB 29/05/2019

Assinatura do Declarante



DLDR.L001 V001/2017



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

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

Número do documento: 23071310084339900000071625094



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 Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação.

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 Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação. 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

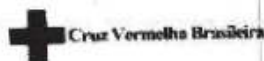
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

29 MAIO 2019

PROTOCOLO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DO RIO GRANDE DO NORTE

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332185700

Boletim de Atendimento: 1145507

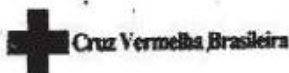


Identificação do paciente			
ID 1379384	Nome MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES	Sexo Feminino	
Data de nascimento 07/08/1989	Idade 29 anos 6 meses 18 dias	Estado civil	Religião
Mãe BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA	Pai FRANCISCO FERREIRA DE SALES		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA DO SOCORRO - IRMAO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991088260	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3413034	Nº Cns 708203602870349	
Local de procedência ARARUNA	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade ALHANDRA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58233000	Município de residência ARARUNA	UF PB	Logradouro MATA VELHA
Número 8N	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	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []			
Dados clínicos Paciente vítima de atropelamento, consciente, orientada, examinado no CDI.			
Diagnóstico Dr. Janderson de Almeida Enfermeiro Coren 386748			CD
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO			Tempo 55seg

Imprimir

25/02/2019 16:24





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

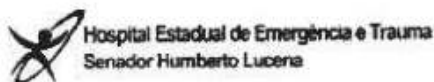
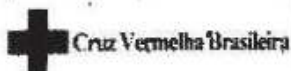
Paciente MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES	BAE 1145307	Data/Hora Entrada 25/02/2019 16:26:28	Data Baixa
Data de nascimento 07/08/1989	Idade 29a 6m 18d	Sexo Feminino	CNS 708203602870349
Mão BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA			Telefone de Contato (83) 991089260
Endereço MATA VELHA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	Prontuário
Acidente VEICULO X BICICLETA	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	UF PB
Data/Hora Classificação 25/02/2019 16:26:28	Data/Hora Prescrição 25/02/2019 19:57:00		Nº Cons. Regional 11134/PB
Anamnese			
#ORTOPEDIA			
PACIENTE COM HISTORIA 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 <i>Hom - J.</i>			

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



**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	CNS 708203602870349
Mão BENEDITA MARIA DA CONCEICAO FERREIRA			Telefone de Contato (83) 991089260
Endereço MATA VELHA, SN			Prontuário
Bairro ZONA RURAL			UF PB
Município ARARUNA			Nº Cons. Regional 11413/PB
Acidente VEICULO X BICICLETA		Motivo ATROPELAMENTO	Profissional JOAO PEDRO SANTANA DE LACERDA MARIZ
Data/Hora Classificação 25/02/2019 16:26:28		Data/Hora Prescrição 25/02/2019 16:34:29	

anamnese

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 OM 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

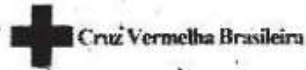
MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

JOAO PEDRO SANTANA DE LACERDA MARIZ
(CRM: 11473/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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA 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 1145567	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			Telefone de Contato (83) 991089260
Endereço MATA VELHA, SN	Bairro ZONA RURAL	Município ARARUNA	Prontuário
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 18:48:50	

Anamnese

Neurocirurgia

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

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

TC Cranio sem afecções neurocirurgicas de urgencia.

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)





Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 25/02/19 19:57		Usuário: DANIEL		Boleim: 1145507	
Nome: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES		Data de Nascimento: 07/08/1989		Idade: 29a 6m 18d	
Motivo do Atendimento		Sexo: FEMININO		Nº Prontuário: 1145507	
Convênio: SUS		Validade da Prescrição: 25/02/2019 19:57:00 - 28/02/2019 19:57:00		Data Prescrição: 25/02/2019 19:57:00	
Enfermaria / Leito		Matrícula		Senha	
Data da entrada: 25/02/2019 16:26:28		Data da Internação:		Permanência na 3h 31min	
Permanência no		Via de Admín.		Veloc. Inf.	
Pos		Aproximado		AGORA	
E.V.		E.V.		AGORA	
1		CEFALOTINA 10 - D(1 / 1)		2015	
2		2000,0 MG		2015	
3		CURATIVO		2015	
4		0,0		2015	

Reimpresso por:
dia:

[Assinatura]

DANIEL CONSERVA ARRUDA
CRM: 11134

[Assinatura]
Daniel Conserva Arruda
Assinatura e Carimbo do Profissional



CERTIDÃO

Self

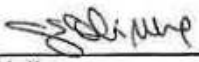
Nº. 0960/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial N°208906 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.

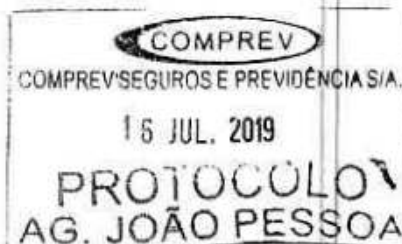
Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de tibia direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 26/02 e 13/03/2019 com alta médica dia 14/03/2019.

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

João Pessoa, 01 de Julho de 2019



Médica
CRM/PB 2959



[illegible]

Transporte utilizado: AMBULANCIA

PRE-CONSULTA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





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: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____

QPD: trauma em perna (D)

HDA: Pac com fratura de
trauma em perna (D). +
contusão com
continuidade 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 ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hemate
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aum

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

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposu
☐ 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.tipb.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: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casca de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____

Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____

DM _____

TB _____

NEO _____

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: _____

Conduta: _____

- Luc
- Desobstrução
- Fixação externa
- instrumentos

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





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

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura de diáfise de Tíbia Direita com Fixador Extern-

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

O mesmo

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

REPOSICIONAMENTO 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



DESCRIÇÃO 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 íntegro

Procedimento guiado por escopia

Fechamento:

Curativo

OBS:

Alta amanhã optado por tratamento com fixador

Data: 13 / 03 / 2019

Dr. Valdeban Carvalho Jr.
Médico - CRM 7082
CNS 2063 / 33950018
MÉDICO/CRM

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Maria de Fátima</u>				Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:
Data: <u>26/2/19</u>	Cirurgião: <u>THALES MATA</u>			1º Assistente:
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				
<u>Fr. Exposta da</u>				
<u>Tibia 2 (D)</u>				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				
<u>D. Bueno</u>				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				
<u>Lmc</u>				
<u>Desbridamento</u>				
<u>Fixador externo</u>				
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:
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 - PE



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	- Anestesia (Rugv.) - Assol 2° e Ant. Mel. 1° Alto em de Campos
Incisão:	
Achados:	
Conduta:	- Lmc - Desbridamento - Redução incremental - Fixação externa - Sutura do forame - Curativo - R
Fechamento:	
OBS:	

Data:

26/02/18

MÉDICO/CRM

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





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Receituário

Paciente: MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES

Data: 25/02/2019 19:58:23

Sexo Feminino CPF: Não Informado

ENCAMINHAMENTO

#ORTOPEDIA

PACIENTE COM HISTORIA 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

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

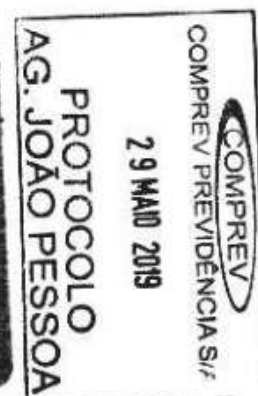
+ DR TORIBIO

Daniel Conserva Arruda
MEDICO
CRM 11134

Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA
11134/PB

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

CPF: 1054362-8
RG: 455.536.024-91
Data Nascimento: 02/04/1967

Nome do Titular: JOSEFA GERVASIO DA SILVA

CPF do Titular: 00724153182
Data Nascimento do Titular: 10/11/2019
Data Validade: 06/04/1989

Validade em todo o Território Nacional: 1009001575

Assinatura do Titular: [Assinatura]

Assinatura do Emissor: [Assinatura]

Nome do Emissor: JOAO PESSOA, PB
Data Emissão: 11/11/2014
CPF do Emissor: 60378998469
RG do Emissor: 79029545609

Assinatura do Emissor: [Assinatura]

Nome do Emissor: DETRAN - PB (PRAIA)

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
29 MAIO 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PROCURAÇÃO

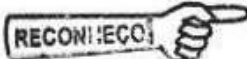
Outorgante: Maria de Fatima Ferreira de Sales, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão agricultora, residente e domiciliado à Rua Sit. Mata Velha nº 514 bairro Área rural Município de Araruna Estado de(o) PA Cep: 58.233-000 portador(a) do Rg nº 5113034 SSP/PA e CPF nº 072.598.609-36

Outorgado: Jose Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão aproveitador, residente e domiciliado(a) à Rua João P. Gualberto nº 157 bairro M. G. G. G. G. Município de Araruna Estado de(o) PA Cep: 58.233-000 portador (a) do RG nº 1054562 SSP/PA e CPF nº 495.536.021-97

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 Fatima Ferreira de Sales ocorrido em 25/02/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Invalidadez

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 março de 2019.



→ Maria de Fatima Ferreira de Sales
Outorgante
CPF Nº 072.598.609-36

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 Fatima Ferreira de Sales
Araruna, 18 de 03 de 2019
Em test. João P. Gualberto da verdade



SELO DIGITAL
AIG-57884-TWAE
Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.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

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 25/02/2019

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA
FERREIRA DE SALES

CPF de: Próprio

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO LUNA DIAS



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

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 25/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DE FATIMA
FERREIRA DE SALES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14385287

Pag. 01703/01704 - carta_01 - INVALIDEZ





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 médico-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

00070183



Carta nº 14389714





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, retorne 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: ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CFF da vítima: Nome completo da vítima: **07259860936** **M^{te} 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: **M^{te} de Fátima F. de Sales** CPF: **07259860936**

Profissão: **agricultora** Endereço: **Sit. Chata Velha** Número: **30** Complemento:

Bairro: **Área Rural** Cidade: **Araruna** Estado: **PB** CEP: **58233-000**

E-mail: **(83) 986634900**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **038**

(Informar o dígito se existir)

CONTA: **36546**

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa - PB 29/05/19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

29 MAIO 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA





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 Nº 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 Fatima 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:

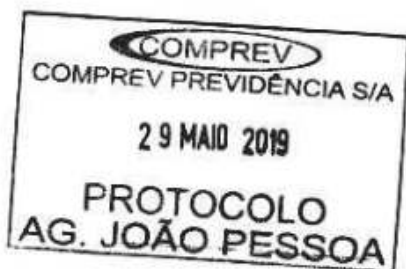
QUE NA TARDE DO DIA 25/02/2019, POR VOLTA DAS 13:30, ESTAVA EM SUA BICICLETA EM UMA ESTRADA DENTRO DO SÍTIO MATA VELHA, ARARUNA/PB, QUANDO UMA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA ATROPELOU ESTA NOTIFICANTE E EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO A MESMA; QUE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUM BERTO 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 23 de maio de 2019.

JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

MARIA DE FATIMA FERREIRA DE SALES
Noticiante



Procedimento Policial: 05574.01.2019.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CFF da vítima: Nome completo da vítima: **07259860936** **M^{te} 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: **M^{te} de Fátima F. de Sales** CPF: **07259860936**

Profissão: **agropecuária** Endereço: **Sit. Chata Velha** Número: **30** Complemento:

Bairro: **Área Rural** Cidade: **Araruna** Estado: **PB** CEP: **58233-000**

E-mail: **(83) 986634900**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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) ☐ Itaú (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) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 **assinale uma das opções**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 199 do Código Penal.

Local e Data: **João Pessoa - PB 29/05/19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

29 MAIO 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA





**SAMU
192**

SAMU ARARUNA

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

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: 2361620, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente Maria de Fátima F. de Sales, 29 anos, CPF 072.598.609-36, RG 3413034, vítima de Colisão moto x bicicleta, no dia 25/02/19, às 13:21 horas, na localidade Sítio Mata 2 Velha. 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
RAT: 1895

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 SESENTA 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. 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.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23071310084405700000071625095>
Número do documento: 23071310084405700000071625095