



Número: **0801181-54.2021.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **01/03/2021**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CHARLENE DOS SANTOS SOUZA (AUTOR)	MICHEL DE MOURA DANTAS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69603 429	28/02/2023 10:15	2880236_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210019199

Vítima: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

Data do Acidente: 19/10/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MICHEL DE MOURA DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **CHARLENE DOS SANTOS SOUZA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **001**

Agência: **000001635-7**

Conta: **0000065980-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 048.340.424-13 4 - Nome completo da vítima: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA 6 - CPF: 048.340.424-13

7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: Rua MANOEL ALVES DE OLIVEIRA 9 - Número: 58 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: TIBIRI 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-00

15 - E-mail: charlene.souza@gmail.com 16 - Tel (DDD): 83-988734828

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 1635 7 CONTA: 65980 0

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vá nascido)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - 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 299 do Código Penal.

34 - _____

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo) _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Charlene dos Santos Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

FPS.001 V002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00340.01.2021.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00340.01.2021.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:15 horas do dia 08 de janeiro de 2021, 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 Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Charlene dos Santos Souza**, CPF nº 048.340.424-13, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Vendedora, filho(a) de Marlene Souza dos Santos e Severino Pontes de Souza, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/10/1983 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua. Manoel Alves, Nº 521, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Panificadora Bom Jesus, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98649-7106.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Assis Jatobreando, Em Frente a Padaria Bom Jesus, Santa Rita/PB, bairro Tibiri II; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/10/20 08:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO NO DIA 19/10/2020, POR VOLTA DAS 08H30MIN, VINHA NA GARUPA DA MOTO DE MARCA-HONDA/CH 160 START, DE COR-PRETA, ANO-2016/2016, DE PLACA-QFN5787/PB, CHASSI-9CK2500GR019037, DE PROPRIEDADE DA PESSOA, ANTONIO BELARMINO FERREIRA FILHO, CPF-450.975.344-68, QUANDO EM DADO MOMENTO, FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, (MOTO X MOTO), QUE FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.TARCISIO BURITY, SENDO TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI DIAGNOSTICADA COM FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA E, DE ACORDO COM O CID S 82.1, ONDE FOI CIRURGIADA, COM ALTA HOSPITALAR NO DIA 02/11/2020, ASSINADA PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM: 2516/PB.

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 fé.

João Pessoa/PB, 08 de janeiro de 2021.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


CHARLENE DOS SANTOS SOUZA
Noticiante

Procedimento Policial: 00340.01.2021.1.00.401

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 048.340.424-13 4 - Nome completo da vítima: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA 6 - CPF: 048.340.424-13

7 - Profissão: _____ 8 - Endereço: Rua MANOEL ALVES DE OLIVEIRA 9 - Número: 58 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: TIBIRI 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300-00

15 - E-mail: charlene.souza@gmail.com 16 - Tel (DDD): 83-988734828

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 1635 7 CONTA: 65980 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vá nascido)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - 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 299 do Código Penal.

34 - _____

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Charlene dos Santos Souza

43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____

FPS.001 V002/2019



MICHEL DE MOURA DANTAS
RUA JOAO BATISTA CARVALHO MOURA, 560 - JARDIM BANCIARIOS
JARDIM BANCIARIOS - JARDIM BANCIARIOS - SAO PAULO - SP



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1646032-1

Conta: CONVENCIONAL BARRA BOM - ATUALIZADA EM
Cidade: RUA MTE SI / SUBURBANOS - JARDIM BANCIARIOS
Logradouro: MONSIEUR DE
Plano: 1 - 5 - 311 - 0022 - CEP: 04012-010

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00016460321

VALOR DA FATURA R\$ 175,84	DATA DE VENCIMENTO 11/01/2021
REFERENCIA Jan / 2021	CONSUMO 192kWh
TAXA DE CANCELAMENTO 0,00 kWh	
MÉDIA QUARTA MÉDIA QUARTA	

Item	Descrição	Quantidade	Taxa / Tributos	Valor Base Calc. (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)	Impostos (R\$)	Outros (R\$)	Total (R\$)
0001	Consumo Energia	192	4,98000	956,70	956,70	27	40,80	114,26
0002	Ad. B. Verbas			14,95	14,95	27	4,02	11,10
0003	Ad. B. Anotação			0,45	0,45	27	0,12	0,33
0004	TAXA CANCELAMENTO E SERVIÇO							0,00
0005	CANCELAMENTO E SERVIÇO			0,70	0,70	0	0,00	0,00

CCF Crédito de Cotação de Bem: TOTAL: 175,84 - 169,08 - 45,05 - 125,78 - 0,00 - 3,88
Taxa e Tributos: 0,561110

RESERVA DO FISCO: R\$ 0,11f.473e.011e.c690.307.8d76.atfa

Descrição	Valor (R\$)	%
Demanda de Out da Energia PE	47,48	27,00
Demanda de Energia	62,42	35,50
Demanda de Transmissão	9,85	5,61
Encargos Defasados	57,10	32,47
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	176,84	100,00

INDICADORES DE QUALIDADE	REFERENCIA 11/2020 - Comparativo Regional			
METAS	MENSAL	APURADO TRIMESTRAL	ANUAL	LIMITE SUPERIOR (%)
Frequência de Interrupção de Energia - IE	0,07	0,00	10,15	20,00
Variação de Tensão de Tensão - FT	3,37	0,00	6,35	12,73
Duração da Interrupção de Energia por Evento - DME	2,06	0,00		
Duração da Interrupção de Energia por Evento - DCE	12,72			

ATENÇÃO

Prezado Cliente, sua dívida com a Energisa foi paga em 11/01/2021 através do boleto emitido pelo Governo Federal. Procure o setor responsável pelo Boleto Família e Cidadão junto de sua cidade para solicitar. Se não usou algum benefício do Governo Federal ainda não fez a atualização em sua conta, procure a Energisa. A sua fatura de energia pode ter desconto de até 65%.

Para preservar sua saúde, a Energisa recomenda que você evite beber bebidas alcoólicas, não use energia ON e WhatsApp (051) 99136-5540.

Encargos de ICMS pago pelo consumidor em conformidade com a Resolução da Comissão de Regulação de Energia Elétrica da Paraíba (CREG) nº 13/2019 da Paraíba Federal e 51 percentual de redução da base de cálculo das contribuições no âmbito da distribuição de energia elétrica de R\$ 1,84 (1,84%)

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME: MICHEL DE MOURA DANTAS

FILIAÇÃO: MARIANO DANTAS DE MEDEIROS NETO
NORMANDA BARBOSA DE MOURA BATISTA

NATURALIDADE: SÃO PAULO-SP DATA DE NASCIMENTO: 27/05/1978

RG: 1874088 - SSP/PB CPF: 022.832.494-00

GRUPO DE TRABALHO: SIM DATA DE CRIAÇÃO DO TRABALHO: 01/11/2010

ASSINATURA DO PRESIDENTE: *Chely Regina Amador de Sá*

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12954634

IDENTIFICAÇÃO CIVIL PARA TODOS OS FINEIS LEGAIS (Art. 13 da Lei nº 8.966/94)

ASSINATURA DO PROFISSIONAL: *[Assinatura]*

CARIMBO: CAB

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - CNPJ: 08.095.183/0001-40
RUA JOAO BATISTA CARVALHO MOURA, 560 - JARDIM BANCIARIOS - SAO PAULO - SP
CEP: 04012-010

BANCO DO BRASIL - FAÇA SEU PAGAMENTO NO BANCO DO BRASIL
00190 00009 03268 926007 05772 168174 2 84970000017584

PAGADOR MICHEL DE MOURA DANTAS - CPF/CNPJ: 022.832.494-00
RUA JOAO BATISTA CARVALHO MOURA, 560 - JARDIM BANCIARIOS - SAO PAULO - SP
CEP: 04012-010

Nosso N°	N° Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
3260920005772198	001646032202101	11/01/2021	R\$ 175,84	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A - CNPJ: 08.095.183/0001-40
BR 236, Km 25 - Cruzes Receptor - João Pessoa - PB - CEP: 53071-680
Agência / Código do beneficiário: 1084 321447-3





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 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 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Michael de Moura Dantas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 022.632.494-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Charlene dos Santos Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.340.409/13

do sinistro de DPVAT cobertura danos Invalidiz da Vitima CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.340.424/13 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 José Patrim CACHINHO MONTE</u>	Número: <u>540</u>	Complemento: <u>AV 602</u>
Bairro: <u>JARDIM CID VIVRE</u>	Cidade: <u>JOSÉ PATRIM</u>	Estado: <u>PS</u>
E-mail: <u>lucibel.moreira@seguradoralider.com.br</u>	CEP: <u>58052-150</u>	Tel. (DDD): <u>83 988734728</u>

Local e Data: JOSÉ PATRIM, 08 JANUÁRIO 2021


Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE CHARLENE DOS SANTOS SOUZA
DADOS DE NASCIMENTO 16/10/83
NOME DA MÃE MARLENE SOUZA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.264.048
Nº PRONTUARIO 125.482
DATA DO ATENDIMENTO 19/10/2020
HORA DO ATENDIMENTO 09:07
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA E
CID 10 S 82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão carro x moto), encaminhada do Ortotrauma, apresentando fratura do platô tibial E, além de dor em joelho D. Alega ser hipertensa e vem com imobilização no joelho E. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do joelho D - AP e P
RX do joelho E - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da extremidade proximal da tibia E ao RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Thales Seabra e Dr. Everton Silveira da equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 02/11/20
DATA DE EMISSÃO: 30/12/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 15546

Dr. Everton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. **OBS:** O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





Identificação do paciente

ID 1544131	Nome CHARLENE DOS SANTOS SOUZA		Sexo Feminino
Data de nascimento 16/10/1963	Idade 37 anos 3 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARLENE SOUZA DOS SANTOS	Pai SEVERINO PONTES DE SOUZA		Prontuário
Escolaridade	Responsável (Parentesco) CASSIO JONAS FERREIRA DE MOURA - ESPOSO(A)		
DDD Celular 83	Celular 986497106	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2863682	Nº Cns 709606675402172	
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
raiz	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	

Endereço

CEP 58300720	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro ANTONIO PEREIRA
Número 52 B	Complemento MANOEL ALVES DE OLIVEIRA	Bairro VILA TIBIRI	

Admissão

Data e Hora 19/10/2020 09:07:22	Número da pulseira 1000008748705	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO


Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte MBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECS []	Ultrasonografia []
<p><i>Paciente proveniente do ortotrauma, consciente e orientada, regulada para a ortopedia com avaliação com relato de fratura platotibial</i></p>						
Diagnóstico						CID
Atendido por JOSINETE BARBOSA DA CUNHA						Tempo

Imprimir

Documentos Anexados



(CRM: 12411/PB)

letim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 19/10/2020 09:07:22

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'SUELIO MOREIRA TORRES', written over a faint circular stamp.



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Governador Humberto Lucena



Sua Terra
PARAÍBA
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente CHARLENE DOS SANTOS SOUZA	BAE 1264048	Data/Hora Entrada 19/10/2020 09:07:22	Data Baixa
Data do nascimento 16/10/1983	Idade 37a 3d	CNS 709606675402172	Telefone de Contato (83) 986497106
Mãe MARLENE SOUZA DOS SANTOS	Sexo Feminino		Prontuário
Endereço ANTÔNIO PEREIRA, 52 B - MANOEL ALVES DE OLIVEIRA	Bairro VILA TIBIRI	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FILIFE ALMEIDA BOTTER	Nº Cons. Regional 10583/PB
Data/Hora Classificação 19/10/2020 09:07:22		Data/Hora Prescrição 19/10/2020 09:46:16	

ANAMNESE

#ortopedia# Paciente vítima de trauma de moto, encaminhada do ortotrauma de mangabeira com fratura de platô tibial, refere ser hipertensa, e esta com imobilização no joelho esquerdo, ainda tem dor no joelho direito, consegue movimentar, e: tala mie joelho esquerdo com leve edema, abertura em valgo com estresse hd fratura de platô tibial esq lesão lcn esq / lca? cc: rx dos joelhos, retro imobilização pra rx

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)
RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)
PROCEDIMENTO

JOELHEIRA TALA, (OBSERVAÇÕES: RETIRAR PARA RX)

CID10

S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia

Conduta

Em observação

Dr. Filipe Almeida Botter
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia Ombro e Cotovelo
CRM: 10583/PB-14292

Enfermeiro

FILIFE ALMEIDA BOTTER
(CRM: 10583/PB)

Boletim registrado por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 19/10/2020 09:07:22





Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2500292

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
MARLENE DOS SANTOS SOUZA	1264048	19/10/2020 09:07:22	
Data de nascimento	Sexo	CNS	Telefone de Contato
19/1983	Feminino	709606675402172	(83) 986497106
Nome			Prontuário
MARLENE SOUZA DOS SANTOS			
Endereço	Bairro	Município	UF
ANTÔNIO PEREIRA, 52 B - MANOEL ALVES DE OLIVEIRA	VILA TIBIRI	SANTA RITA	PB
Evento	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QTD X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ANDRE CRISTIANO DA COSTA LIMA	9714/PB
Classificação		Data/Hora Prescrição	
02020 09 07 22		19/10/2020 13:28:50	

ANAMNESE

paciente com dores prescrevo tramadol

EDUCAÇÃO

Medicamento: TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2.0 ML VIA E.V. 9/6H. (OBSERVAÇÕES:: DILUIR EM 100ML SF 0,9%)

Conduta

Em observação

Dr. André Cristiano C. Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9714 / TEOT 15806

ANDRE CRISTIANO DA COSTA LIMA
(CRM: 9714/PB)

Enfermeiro

Registro de por: JOSINETE BARBOSA DA CUNHA em 19/10/2020 09:07:22



Nome CHARLENE DOS SANTOS SOUZA		Boletim de Atendimento 1264048	Data/Hora Entrada 19/10/2020 09:07:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/10/1983	Idade 37	Sexo Feminino	CNS 709606675402172	Prontuário 125482
Tempo de Internação 13d 16h 54min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 19/10/2020 09:07:22	Data Internação 19/10/2020 14:53:04	Permanência na Unidade: 13d 22h 40min	Permanência no Leito: 1d 17h 7min	

EVOLUÇÃO MÉDICA (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 02/11/2020 07:44:15)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

#ORTOPEDIA

#3º DIA POS OPERATORIO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA POSTEROLATERAL COM PERDA ARTICULAR DO PLATO TIBIAL + FRATURA COMINUTIVA DA CABEÇA DA FIBULA E

REALIZADO ACESSO POSTEROLATERAL AO JOELHO ESQUERDO + RETIRADA DO ENXERTO DO ILIACO IPSILATERAL SEM INTERCORRENCIA , POR DR. THALES SEABRA.

CONDUTA: ALTA HOSPITALAR + ORIENTAÇÕES DE RETORNO AO CEREST + MEDICAÇÕES VIA ORAL

DR. NILVA LINHARES

Seção: POSTO IB - ENF 16 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR

Número Conselho: 12411

ALTA MÉDICA

ALTA MÉDICA

USUÁRIO: **AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR**

DATA E HORA: **02/11/2020 07:46:34**

MOTIVO DA ALTA: **ALTA MEDICA**

CONDUTA: **ALTA HOSPITALAR**


Dr. Nilva Linhares
CRM: 5044 / 03.10.0000
Ortopedia e Traumatologia





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



Sempre todos
PARAÍBA
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES
Em: 27/10/2020 06:49:56

Nome CHARLENE DOS SANTOS SOUZA		Boletim de Atendimento 1264048	Data/Hora Entrada 19/10/2020 09:07:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/10/1983	Idade 37	Sexo Feminino	CNS 709606675402172	Prontuário 125482
Tempo de Internação 7d 15h 56min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 19/10/2020 09:07:22	Data Internação 19/10/2020 14:53:04	Permanência na Unidade: 7d 21h 42min		Permanência no Leito: 2d 16h 43min

EVOLUÇÃO MEDICA (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 27/10/2020 06:49:22)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA#

#FX DE PLATO TIBIAL ESQ - SCHATZKER III

#PRE-OP OK

#RISCO CIRÚRGICO GRAU I

PACIENTE EVOLUI EM EGR ESTAVEL SEM QUEIXAS

LÚCIDA E ORIENTADA

QUADRO ESTÁVEL

EXAMES LAB OK

OPME : PLACA EM L + CAIXA 4,5 MM

RISCO CIRURGICO: OK

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 018
Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Número Conselho: 9456





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAIBA
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: SOAMY LIMA RAMALHO
Em: 26/10/2020 07:21:35

Nome CHARLENE DOS SANTOS SOUZA		Boletim de Atendimento 1264048	Data/Hora Entrada 19/10/2020 09:07:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/10/1983	Idade 37	Sexo Feminino	CNS 709606675402172	Prontuário 125482
Tempo de Internação 6d 16h 28min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 19/10/2020 09:07:22	Data Internação 19/10/2020 14:53:04	Permanência na Unidade: 6d 22h 14min	Permanência no Leito: 1d 17h 15min	

EVOLUÇÃO MEDICA (SOAMY LIMA RAMALHO - 26/10/2020 07:21:30)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA#

#FX DE PLATO TIBIAL ESQ - SCHATZKER III

#PRE-OP OK

#RISCO CIRÚRGICO GRAU I

PACIENTE EVOLUI EM EGR ESTÁVEL SEM QUEIXAS

LÚCIDA E ORIENTADA

QUADRO ESTÁVEL

EXAMES LAB OK

OPME : PLACA EM L + CAIXA 4,5 MM

RISCO CIRURGICO: OK

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO

DIAZEPAM 10 À NOITE (INSÔNIA)

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 018
Profissional responsável pela informação: SOAMY LIMA RAMALHO

Número Conselho: 8598

Dr. Soamy Lima Ramalho
Ortopedia - Traumatologia
CRM PB 6880 / RQE 10470





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



Somos todos
PARAIBA
Governo do Estado

Impresso por: FELIPE TAVARES SENA
Em: 25/10/2020 09:17:33

Nome CHARLENE DOS SANTOS SOUZA		Boletim de Atendimento 1264048	Data/Hora Entrada 19/10/2020 09:07:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/10/1983	Idade 37	Sexo Feminino	CNS 709606675402172	Prontuário 125482
Tempo de Internação 5d 18h 24min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 19/10/2020 09:07:22	Data Internação 19/10/2020 14:53:04	Permanência na Unidade: 6d 10min		Permanência no Leito: 19h 11min

EVOLUÇÃO MEDICA (FELIPE TAVARES SENA - 25/10/2020 09:17:26)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA#

#FX DE PLATO TIBIAL ESQ - SCHATZKER III

#PRE-OP OK

#RISCO CIRÚRGICO GRAU I

PACIENTE EVOLUI EM EGR ESTAVEL SEM QUEIXAS

LÚCIDA E ORIENTADA

QUADRO ESTÁVEL

EXAMES LAB OK

OPME : PLACA EM L + CAIXA 4,5 MM

RISCO CIRURGICO: OK

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO

DIAZEPAM 10 À NOITE (INSÔNIA)

Unidade: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO - 018

Profissional responsável pela informação: FELIPE TAVARES SENA

Número Conselho: 5349





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Saúde - Paraíba - Litorânea



Sua Saúde
PARAIBA
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: ANDRIER FARIAS DE ANDRADE
Em: 24/10/2020 06:49:21

Nome: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA		Boletim de Atendimento 1264048	Data/Hora Entrada 19/10/2020 09:07:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/10/1983	Idade 37	Sexo Feminino	CNS 709606675402172	Prontuário 125482
Tempo de Internação 4d 15h 56min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 19/10/2020 09:07:22	Data Internação 19/10/2020 14:53:04	Permanência na Unidade 4d 21h 42min		Permanência no Leito: 4d 15h 56min

EVOLUÇÃO MEDICA (ANDRIER FARIAS DE ANDRADE - 24/10/2020 06:49:16)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA#

#FX DE PLATO TIBIAL ESQ - SCHATZKER III

#PRE-OP OK

#RISCO CIRÚRGICO GRAU I

PACIENTE EVOLUI EM EGR ESTAVEL SEM QUEIXAS

LÚCIDA E ORIENTADA

QUADRO ESTÁVEL

EXAMES LAB OK

OPME : PLACA EM L + CAIXA 4.5 MM

RISCO CIRURGICO: OK

CD: AGUARDA PROCEDIMENTO CIRURGICO

Seção: AREA AMARELA Leito: LEITO - 003

Profissional responsável pela informação: ANDRIER FARIAS DE ANDRADE

Número Conselho: 5893

Dr. Andrier Farias
Ortopedia
CRM 5893



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: FELIPE TAVARES SENA
Em: 21/10/2020 08:38

Nome: MARLENE DOS SANTOS SOUZA		Boletim de Atendimento: 1264048	Data/Hora Entrada: 19/10/2020 09:07:22	Data/Hora Saída:
Data de nascimento: 31/10/1983	Idade: 37	Sexo: Feminino	CNS: 709606675402172	Prontuário: 125482
Tempo de Internação: 1d 17h 45min		Convênio: SUS	Plantão: DIURNO	
Data de Entrada: 19/10/2020 09:07:22	Data Internação: 19/10/2020 14:53:04	Permanência na Unidade: 1d 23h 31min	Permanência no Leito: 1d 17h 45min	

VOLUÇÃO MEDICA (FELIPE TAVARES SENA - 21/10/2020 08:37:06)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

**DE PLATO TIBIAL ESQ
OLUI EM EGR ESTAVEL COM QUEIXAS ALGICAS LEVES
AMES LAB OK
OPME : PLACA EM L + CAIXA 4,5 MM
CD:
ORIENTAÇÕES
SOLICITO RISCO CIRURGICO**

Seção: **AREA AMARELA** Leito: **LEITO - 003**
Profissional responsável pela informação: **FELIPE TAVARES SENA**

Número Conselho: 5349

21/10/20 Serviço social

Documentação completa anexada ao prontuário.


Maria Cláudia M. de S. Santos
Assistente Social
CRS 50997/2010





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Serviço Municipal de Saúde



Sua voz conta
PARAÍBA
Governo do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM - JARDIM DO PESSOÁ - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593267

Impresso por: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES
Em: 20/10/2020 06:23:41

Nome CHARLENE DOS SANTOS SOUZA		Boleim de Atendimento 1264048	Data/Hora Entrada 19/10/2020 09:07:22	Data/Hora Saída
Data de nascimento 16/10/1983	Idade 37	Sexo Feminino	CNS 709606675402172	Prontuário 125482
Tempo de Internação 15h 30min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 19/10/2020 09:07:22	Data Internação 19/10/2020 14:53:04	Permanência na Unidade: 21h 16min	Permanência no Leito: 15h 30min	

EVOLUÇÃO MEDICA (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 20/10/2020 06:23:38)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

FX DE PLATO TIBIAL ESQ.

EVOLUI EM EGR ESTAVEL COM QUEIXAS ALGICAS LEVES

EXAMES LAB OK

OPME : PLACA EM L + CAIXA 4,5 MM

CD: SOLICITO PROCEDIMENTO CIRURGICO

Seção: **AREA AMARELA** Leito: **LEITO - 003**

Profissional responsável pela informação: **MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES**

Número Conselho: **9456**





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAL
ORTÊSES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



Número: 1264048
 Paciente: Cherlene Dos Santos Souza
 Procedimento: Int. Cir. de Frot. de Pto. Tibial
 SUS: SUS (Exerto 080)
 Médico: Dr. Thales Seabra

Prontuário: 1264048
 Data: 30/10/2020
 #reposição:
 Caixa Priorit.: _____

DISPENSACÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
<u>Premier</u>	<u>laixa 3.5</u>			
	<u>Caixa Parafuso Canulado 3.5</u>	<u>01</u>		
	<u>Parafuso esponjoso nº 50</u>	<u>01</u>		
	<u>Parafuso canulado nº 48</u>	<u>01</u>		
	<u>1.1 1.1 nº 50</u>			

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
<u>Distribuidora</u>	<u>Fios de Kirschmann nº 1.5</u>	<u>06</u>		
	<u>Fio de Kirschmann nº 1.0</u>	<u>02</u>		

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM
Thales F. Seabra
cm7124

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN
Denise Lomba F0991

ASSINATURA FARMACIA RESPONSÁVEL
Grizete Correia Agnes
 COREN-PA 14.180-78





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H.E.E.T.S.H.L

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CRES

4 - CRES

Identificação do Paciente

2 - NOME DO PACIENTE

Charlene Das Santos Souza

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

5 - Nº DO SPONTANEO

1264048

SETO

1990

1

Feb

23

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

DIAGNÓSTICO DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CUBAS - RESPOSTA

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTILIZOU DIÁRIA DE ACOMODANTE

DIÁRIA DE ACOMODANTE

DIÁRIA DE UTILIZOU I

DIÁRIA DE UTILIZOU II

DIÁRIA DE UTILIZOU III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CID 10

30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CID 10

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CID 10

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Primerio -

Caixa 3.5

01 - Parafuso esponjoso nº 50

Caixa acumulada 3.5

01 - Parafuso acumulado nº 48

01 - Parafuso acumulado nº 50

06 - Fios de Kirschner nº 1.5

02 - " " " " " "

usados como guia

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Thales Souza

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

CVE

ICPF

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Thales F. Sedue
Carimbo + 124

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

CVE

ICPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO





RELATÓRIO DE CIRURGIA



NOME: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA BE/PRONTUÁRIO 1264048
IDADE: 37 SEXO: FEM COR: _____ DATA: 30/10/2020
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA: OSTEOSSINTESE FRATURA DA PLATO TIBIAL + NEUROLISE N. FIBULAR + ENXERTO ILIACO
#NOME? _____
CIRURGIÃO: THALES SEABRA 1º ASS: EVERTON
2º ASS: _____ 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: ROBERTO
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
<u>FRATURA COMPLEXA E COMINUTIVA POSTEROLATERAL DO PLATO TIBIAL ESQ</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS:	CÓDIGO
<u>OSTEOSSINTESE DE FRATURA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO</u>	
<u>ENXERTO ILIACO ESQUERDO</u>	
<u>NEUROLISE DO NERVO FIBULAR</u>	
<u>OSTEOTOMIA TRANSFIBULAR ESQUERDA</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO: _____

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA

_____ TERAPIA INTENSIVA

_____ RESIDÊNCIA

_____ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____

Thales Seabra

DATA: 30/10/2020

CRM 7124





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
ANTIBIOTICOPROFILAXIA NA INDUÇÃO ANESTESICA
POSICIONADO EM DEC LATERAL DIREITO
ASSEPSIA + ANTISSEPSIA EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (MIE) ATE ABDOMEN INFERIOR
COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS
Incisão:
ACESSO POSTEROLATERAL CENTRADO NA CABEÇA DA FIBULA E LINHA ARTICULAR (LONGITUDINAL)
DISSECÇÃO POR PLANOS. HEMOSTASIA.
NEUROLISE EXTERNA DO NERVO FIBULAR
Achados:
VISUALIZADO FRATURA DA CABEÇA DA FIBULA COMINUTIVA. OPTADO POR OSTEOTOMIA
TRANSTIBIAL.
VISUALIZADO FRATURA COMINUTIVA DO PLATO POSTEROLATERAL ESQUERDO
REALIZADO ELEVAÇÃO DO AFUNDAMENTO. FIXAÇÃO COM FIOS KISCHNER 1.5
Conduta:
CONFIRMADO COM RADIOSCOPIA.
REALIZADO ACESSO SOBRE A CRISTA ILIACA ESQUERDA. DISSECÇÃO POR PLANOS. HEMOSTASIA.
RETIRADO ENXERTO TRICORTICAL + ESPONJOSO
LMC DO ACESSO AO ILIACO + REVISAO DA HEMOSTASIA. FECHAMENTO POR PLANOS.
COLOCADO ENXERTO NO AFUNDAMENTO DO PLATO LATERAL. FIXAÇÃO DE FRAGMENTO OSTEO-CONDRAL PROVISORIAMENTE COM FIO K. FIXAÇÃO DA FRATURA COM PARAFUSOS
Fechamento:
CANULADOS 3.5. CONFIRMADO NA RADIOSCOPIA. REPARO DO MENISCO LATERAL.
REDUZIDO CABEÇA DA FIBULA. FIXAÇÃO COM PARAFUSO INTRAMEDULAR
RECONSTRUIDO LIGAMENTOS TIBIOFIBULAR PROXIMAL.
LMC COM SF. REVISAO DA HEMOSTASIA. FECHAMENTO POR PLANOS. CURATIVO
Observação:
UTILIZADO GARROTE POR 120 MINUTOS
REALIZADO PROTEÇÃO DO NERVO FIBULAR EM TODO O PROCEDIMENTO
TALA GESSADA INGUINOMALEOLAR

Médico/CRM:

João Pessoa,

30/10/2020



Nome do paciente: *Charlene Dos Santos Souza*

Idade: *37* **Sexo:** *F* **UF:** *PB* **Endereço:** *Trat. Cir. Fract. de Placa Tibial (E) + Enxerto Ósseo*

Cirurgião: *Thales Scarpia*

Anestesia: *Raqui + Sedação*

Anestesiologista: *Dr. Roberto Circolo Neto*

Instrumentação: *Cido - Premium - Circulante - Grilera*

Data: *30/10/20* **Tempo (Cirurgia - Anestesia - Início):** *17:00* **Tempo (Cirurgia - Início):** *17:00*

Índice de Risco de Cirurgia - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS): ASA 1 | ASA 2 | ASA 3 | ASA 4 | ASA 5

ORAL DE CONTAMINAÇÃO (LIMPA | CONTAMINADA | INFECTADA | POTENCIALMENTE CONTAMINADA)

MEDICACÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	<i>SFO 91.500ml</i>	JELCO Nº18		FIO CAT. GLT. CROMADO Nº	
BLPIVACAINA BOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT. GLT. CROMADO Nº	
BLPIVACAINA PESADA	<i>SRL 500ml</i>	JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETANINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORACICA Nº		FIO DE NYLON Nº	<i>20 5</i>
EYONIDATO	<i>SOLUÇÕES</i>	LÂMINA BISTURI Nº1		FIO DE NYLON Nº	<i>30 5</i>
FENDORBITAL	<i>FLUOR. ETILICO 10%</i>	LÂMINA BISTURI Nº13		FIO DE NYLON Nº	
FENTANIL	<i>1</i> 1 <i>PIPI DEGERMANTE</i>	LÂMINA BISTURI Nº20		FIO POLIOLACTINA Nº	<i>1 11</i>
FLIVAZENIL	<i>PVPI TONTURA</i>	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIOLACTINA Nº	
ERANO	<i>PVPI TOPICO</i>	LÂMINA DE DERMATOLOGIA		FIO POLIOLACTINA Nº	
BLPIVACAINA C. VASO	<i>SABÃO ANTISEPTICO</i>	LÂMINA DE ENVERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
BLPIVACAINA S. VASO	<i>MATERIAIS</i>	LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR	<i>000000</i>	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA C. VASO	<i>AGULHA 15X1.5</i>	LUA ESTERIL Nº10	<i>000000</i>	FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAINA S. VASO	<i>AGULHA 25X27</i>	LUA ESTERIL Nº15	<i>000000</i>	FIO POLIGLEATINA Nº	
NIHAZOLAN	<i>1</i> 1 <i>AGULHA 25X27</i>	LUA ESTERIL Nº20	<i>000000</i>	FIO SECA Nº	
NOPIFINA	<i>AGULHA 40X12</i>	LUA ESTERIL Nº25	<i>000000</i>	FITA CARDIACA	
NOPIBUM	<i>AGULHA PERIDURAL Nº18</i>	MASCARA CIRURGICA	<i>000000</i>	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANORFONO	<i>AGULHA PERIDURAL Nº17</i>	MULTIPLAS		CATER DE PIC	
PERIDINA	<i>AGULHA PERIDURAL Nº18</i>	PERFORADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO	
PROPORFOL	<i>AGULHA RAQUIDNEO</i>	SCALP Nº1		CLIP TITANIO LIGADURA	
RAMFENTANIL	<i>AGULHA RAQUIDNEO</i>	SCALP Nº2		FIO DE KIRSCHNER Nº	<i>1.500</i>
ROVERONIO	<i>AGULHA RAQUIDNEO</i>	SERINGA 1ML	<i>000000</i>	FIO DE KIRSCHNER Nº	<i>20</i>
SEVOFLURANO	<i>ALGODÃO OROPEDICO</i>	SERINGA 5ML	<i>000000</i>	FIO STEPMAN Nº	<i>40</i>
SULAMETONIO	<i>ATADURA DE CROMON</i>	SERINGA 10ML	<i>000000</i>	FIO STEPMAN Nº	<i>40</i>
TIGENTAL	<i>ATADURA GESSADA</i>	SERINGA 20ML	<i>000000</i>	GRAPHEADOR CIRURGICO	
MEDICACÕES	QTD.	BOLSA F. COLORETALIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	HEMOST. ABSORVIVEL	
ADRENALINA	1	CANULA B. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	KIT. DERIVA. VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	1	CATER DE GAGUENO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	PROTESE VASCULAR	
ATROPINA	1	CATER. EMBOLEO ARTERIAL Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	KIT. PAM	
BEVINA	1	CATER. EPIDURAL Nº16	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	FIXADOR EXTERNO	
EPLINA	1	CATER. EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 21X45 Nº12	EMPRESA	
METASON	1	CATER. EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 21X45 Nº14		
Na SODIC	1	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURVA	PARAFUSOS CORTICAIS	
EPIRINA	1	COLET. LITIAS PEDRADO	SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS	
EL ROSEMI	1	COMPRESSAS CIRURGICAS	SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPONDIL	
GLUCOSE 50%	1	COMPRESSAS CIRURGICAS	TORNEIRONIA	PARAFUSOS ESPONDIL	
GLUCONATO DE CALCIO	1	DRENO DE PENROES Nº1	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MAIORES	
INDROCORTISONA	1	DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MAIORES	
LIDOCAINA GELIA	1	ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MICROOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	PLACA	
FLASIL	1	EQUIPO TRANS. SINGLE		EQUIPAMENTOS	
PROSTIGMINE	1	EQUIPO MICROOTAS		ESPALDRADO	
PROTAMINA	1	ESPONJA DE PVP	FIOS	QTD.	1 <i>ESPALDRADO</i>
TRINOCIAN	1	ESPALDRADO	FIO ALGODÃO S/A Nº		1 <i>DISTUR. ELÉTRICO</i>
PREMIER	1	GAZES	FIO ALGODÃO S/A Nº		1 <i>YCAPVOGRADO</i>
<i>Caixa 3.5 Pulmão</i>	1	GEIS ALGODÓADAS	FIO ALGODÃO C/A Nº		1 <i>ARIDIMONITOR</i>
<i>Caixa Parafuso Camilado B-5</i>	1	GEL ELETROLITICO	FIO ALGODÃO C/A Nº		1 <i>DEFIBRILADOR</i>
<i>Caixa Parafuso Camilado A-1</i>	1	JELCO Nº14			1 <i>FOCO AUXILIAR</i>
<i>Caixa Parafuso Camilado A-2</i>	1	JELCO Nº16			1 <i>FOCO CENTRAL</i>
<i>Caixa Parafuso Camilado A-3</i>	1				1 <i>MICROSCOPIO</i>
<i>Caixa Parafuso Camilado A-4</i>	1				1 <i>OXÍMETRO DE PULSO</i>
<i>Caixa Parafuso Camilado A-5</i>	1				1 <i>PA INVASIVA NÃO INVASIVA</i>
<i>Caixa Parafuso Camilado A-6</i>	1				1 <i>PERFORADOR ELÉTRICO</i>
<i>Caixa Parafuso Camilado A-7</i>	1				1 <i>SERRA</i>
<i>Caixa Parafuso Camilado A-8</i>	1				1 <i>CIRCULANTE</i>

Assado como gaur

Charlene Correia - A. Torres





FICHA DE ANESTESIA



PACIENTE: Arnelene Das Santos Souza DATA: 30/10/20 PRONTUÁRIO: 162020

IDADE: 37

PRESSÃO ARTERIAL: 100/70 PULSO: 80 RESPIRAÇÃO: 18 TEMPERATURA: 36,5 PESO: 55 GRUPO SANGUÍNEO: B

ESTADO GERAL: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: URIN

AP. RESPIRATÓRIO: mv @ 5TA AP. CIRCULATÓRIO: mv @ 5TA

AP. DIGESTIVO: sem ESTADO MENTAL: avc DROGAS EM USO: sem

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE (HORA): sem ESTADÍSTICO (ASA): II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Placa Tibial

CIRURGIÃO RESPONSÁVEL: Dr. Roberto Ciralo Neto

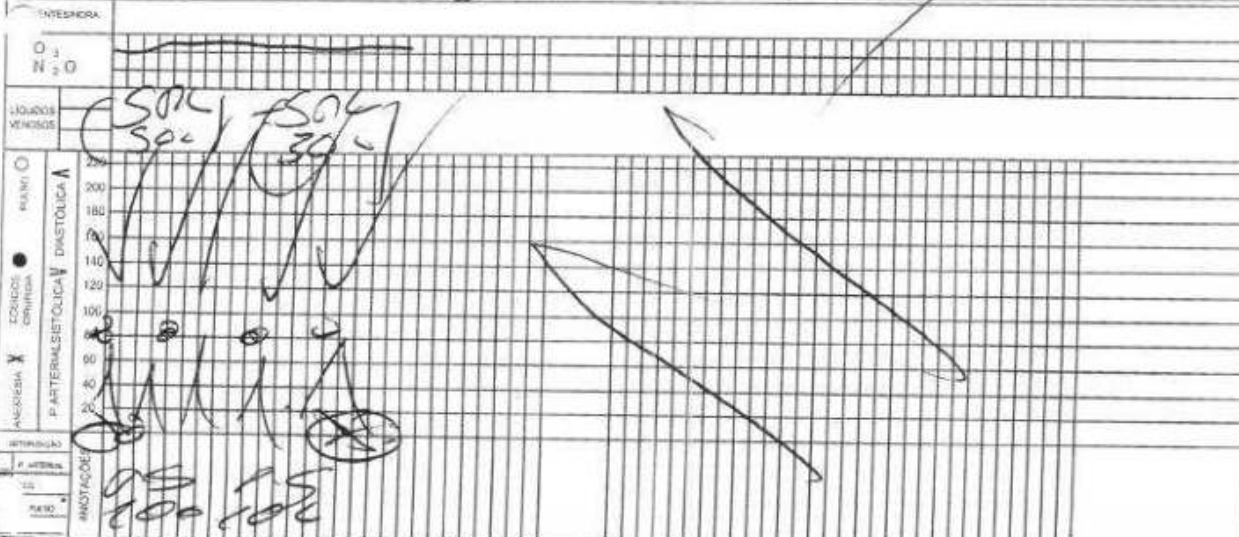
CIRURGIAS: Fratura Placa Tibial

AUXILIARES: sem

INÍCIO DA ANESTESIA: 08:30 TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h 30m

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 95.389.224-9 VALORES R. Médico Anestesiologista: CRM-PB 10.718 / RQE 6405

ANESTESISTA: Roberto Ciralo CRM-PB: 10.718 / RQE 6405



ANESTESIA GERAL EQUINA EPIDURAL BLOCO PLEXO BLOCO NERVOS OUTROS

TÉCNICA: Propofol

LIQUIDOS: sem

SOLUÇÕES: sem

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO:

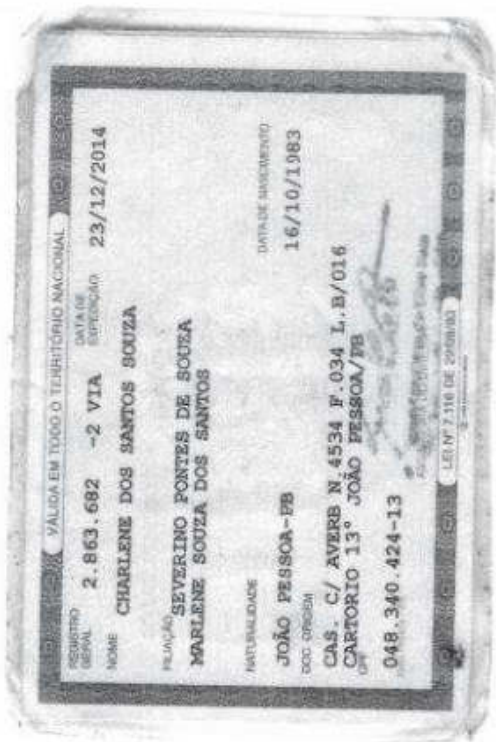
1	<u>Udo 3</u>	11
2	<u>Fentanyl 50mcg</u>	12
3	<u>Propofol 34</u>	13
4	<u>Propofol 20</u>	14
5	<u>Propofol 20</u>	15
6	<u>Propofol 8</u>	16
7	<u>Propofol 10</u>	17
8		18
9		19
10		20

DESTINO DO PACIENTE: APT ENFERMARIA UTI RESIDÊNCIA OUTROS ORL

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: at) Deixar sempre cateteres de acesso em 27-14, cloreto de sódio 0,9% de 500ml e em intervalos de 2h de 500ml

ASSINATURA DO ANESTESISTA: Dr. Roberto Ciralo Neto
Médico Anestesiologista
CRM-PB 10.718 / RQE 6405





		39934-1002306-20191111	
SEGURO TARIFARIO			
S <input type="checkbox"/> OBTENIDA DATA DE OUTRGO 30/09/2019	P A G O 30/09/2019	S E G U R O 30/09/2019	39934
00/00/0000 2 B/162 /CI 2016	9C2K2500GR019037 2016	45097534468 2019	11/11/2019
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
Nº 015456298272 BILHETE DE SEGURO DPVAT			

Nº 015456298272		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO	
20190000508437		2019	
ANTONIO BETARMINO FERRIRA FILHO			
45097534468		45097534468	
NOVO		9C2K2500GR019037	
PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC		GASOLINA	
HONDA/CG 160 ST-162		2016	
2 B/162 /CI		PRETA	
00/00/0000		30/09/2019	
SEM RESERVA DE DOMINIO		11/11/2019	
16331		39934	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210019199 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA **Data do acidente:** 19/10/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.17
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210019199 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA **Data do acidente:** 19/10/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P.17
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO ESQUERDO.

**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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA, brasileira, divorciada, portadora da cédula de identidade nº 2.863.682, 2º via SSP/PB, inscrita no CPF sob o nº 048.340.424-13, residente e domiciliada na Rua Manoel Alves de Oliveira, S/N casa B Tibiri Santa Rita/PB Cep 58300-000.

OUTORGADO: MICHEL DE MOURA DANTAS, OAB/PB 21938, com escritório no Parque Sólton de Lucena, 685, 1º andar, Centro, João Pessoa, CEP 58013-131, João Pessoa/PB, onde recebe intimações, fones: 83 3023-0087.

PODERES: A quem confere amplos e ilimitados poderes, para oforo em geral, com cláusula "ad judicium", em qualquer juízo, instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendendo nas contrárias, seguindo umas e outras, até a decisão final, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo ainda, substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, COM PODERES PARA DEFENDER O OUTORGANTE em todo e qualquer juiz ou tribunal, dando tudo por bem firme e valioso.

João Pessoa, 12 de novembro de 2020.



CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

Parque Sólton de Lucena, 685 - Centro - João Pessoa/PB CEP 58013-131
Contato: (83)3023-0087 - mouraadvocaciapb@gmail.com



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA, portadora da cédula de RG **2.863.682**, SSP/PB e CPF **048.340.424-13**, residente e domiciliada na Rua Manoel Alves de Oliveira, S/N - Casa B - Tibiri, Santa Rita/PB, CEP 58300-000.

OUTORGADOS: MICHEL DE MOURA DANTAS, OAB/PB 21938, NIVALDO MOURA ALVES DE LIMA, OAB/PB 11607 e MATEUS VAGNER DE MOURA, OAB/PB 11605, com escritório na Rua Irineu Joffily, 254 A - Centro, João Pessoa, CEP 58011-110, João Pessoa/PB, onde recebe intimações, fones: 83 3023-0087.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante HOSPITAIS a fim de requerer e receber Laudos e Prontuários médicos, a DELEGACIAS ESPECIALIZADAS EM ACIDENTES DE TRÂNSITOS a fim de requerer e receber Boletins de Ocorrências, ao INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL a fim de requerer e receber toda documentação inerente a concessão dos seguros DPVAT, a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima.

João Pessoa, 08 de janeiro de 2021.

Charlene dos Santos Souza

CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

Parque Solon de Lucena, 685, 1º andar - Centro - João Pessoa/PB CEP 58013-131
Contato: (83)3023-0087 - mouraadvocaciaph@gmail.com



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0017545/21

Vítima: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

CPF: 048.340.424-13

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 19/10/2020

Titular do CPF: CHARLENE DOS SANTOS SOUZA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MICHEL DE MOURA DANTAS : 022.632.494-00

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

CHARLENE DOS SANTOS SOUZA : 048.340.424-13

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/01/2021
Nome: MICHEL DE MOURA DANTAS
CPF: 022.632.494-00

MICHEL DE MOURA DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2021
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA

