



07/07/2021

Número: **0802030-65.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/01/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DIANA GUEDES ALVES DA SILVA (AUTOR)		DIOGO VINICIUS HIPOLITO E SILVA MOREIRA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ANTONIO VITURIANO DE ABREU (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45452977	07/07/2021 14:02	Petição	Petição
45452979	07/07/2021 14:02	2565493_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
45452981	07/07/2021 14:02	2565493_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2017

Carta nº: 11373742

A/C: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170397805 ASL-0272597/17
Vítima: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA
Data Acidente: 11/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00063/00064 - carta_01



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2017

Carta nº: 11403096

A/C: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

Sinistro: 3170397805 ASL-0272597/17
Vítima: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA
Data Acidente: 11/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00929/00930 - carta_02

00070465



Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2017

Carta nº: 11508664

A/C: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

Sinistro: 3170397805 ASL-0272597/17
Vitima: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA
Data Acidente: 11/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 0000097529-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01459/01460 - carta_15R

00020730



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170397805 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 11/09/2016 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura do 5º metacarpo da mão direita

Resultados terapêuticos: Submetido à tratamento cirúrgico

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO

CAMPO P



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento indenização no banco.

EU, DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 04984202546 EXPEDIDO POR DETRAN - PB EM 28 / 08 / 14

CPF 083585024-24 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO RECURSOS

E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSOS (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DIANA GUEDES ALVES DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo CPF informado para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner color escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com imagem de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1914 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 97529-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa, 16 de Junho de 2017 x Diana Guedes Alves da Silva
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigorar na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Santa Rita



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

Boletim de ocorrência



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00256.01.2017.1.05.006

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00256.01.2017.1.05.006, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:02 horas do dia 07 de fevereiro de 2017, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 6ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Martins dos Santos, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu Diana Guedes Alves da Silva, CNH nº 04984202546, CPF nº 083.585.024-27, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero feminino, profissão Operadora de Caixa, filho(a) de Maria Inez Luiz da Silva Guedes e Antonio José de Oliveira Guedes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 30/09/1989 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Deputado Soares Madruga Nº 111, complemento CASA, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Na Rua da Agência da Caixa, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98748-3406.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Virginio Veloso Borges, Nas Proximidades da Receita Federal, Santa Rita/PB, bairro Tibiri Fábrica;
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/09/16 11:30h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE vinha de carona numa moto tipo HONDA NXR 150 BROS KS, de placa Nº OEX 2048/PB, chassi Nº 9C2KD0560BR107277, de cor vermelha, ano/modelo 2011/2011, em nome de LUCAS ALVES, do Bairro Tibiri II em direção ao centro de Santa Rita/PB; QUE nas proximidades da Receita Federal, um cachorro atravessou a rua e o condutor da moto não conseguiu desviar do animal, vindo a cair; QUE a comunicante foi socorrida pelo SAMU para o Hospital da Hapvida, na cidade de João Pessoa/PB; QUE foi diagnosticada com CID 10 S62 (tratamento cirúrgico do 5 metacarpo), conforme Laudo Médico do hospital assinado pelo médico Dr LUCIANO JOSÉ LIRA MENDES, CRM/PB 4290; QUE posteriormente, a comunicante foi submetida novamente a tratamento cirúrgico no dia 25/01/2017, quando foi diagnosticada com CID 10 S63 (4º dedo em martelo crônico da mão direita), conforme Relatório Médico assinado pela médica Dra. ANDREA H. NASRALA, CRM 10.582

Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

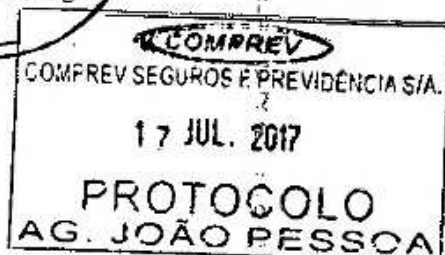
Santa Rita/PB, 07 de fevereiro de 2017.



JANE CLEYNE DE O. C. DANTAS
Agente de Investigação

Diana Guedes A. da Silva
DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

Noticiante



Procedimento Policial: 00256.01.2017.1.05.006



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO I

Declaração de Inexistência de IML



Eu, DIANA GUEDES ALVES DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 04984202546 e inscrito no CPF/MF sob o nº 083.585-024-27, residente e domiciliado na RUA DEP. SOARES MADEIRA, N.º III, TIBIRI, Cidade SANTA RITA, Estado PARAIBA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

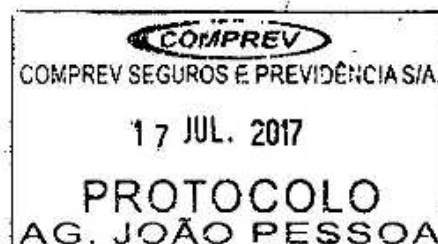
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Diana Guedes Alves da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 16 de Junho de 2017

Local e data





SAMU 192
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU 192
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
RUA DIÓGENES CHIANCA, 1777
ÁGUA FRIA - CEP 58053-900
JOÃO PESSOA - PB

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

(ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA)
(ATO DECLARATÓRIO)

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 611/002, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1419537, o atendimento pré-hospitalar realizado, pela referida instituição ao paciente **DIANA GUEDES ALVES DA SILVA** idade 27 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Moto x Animal)** no dia 11/09/2016, na Av. Principal de Tibiri, Bairro: Tibiri Fabrica - Santa Rita - aproximadamente às 11:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital HAPVIDA.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 03 de Novembro de 2016.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREPREG João: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

SAMU 192 JP



Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



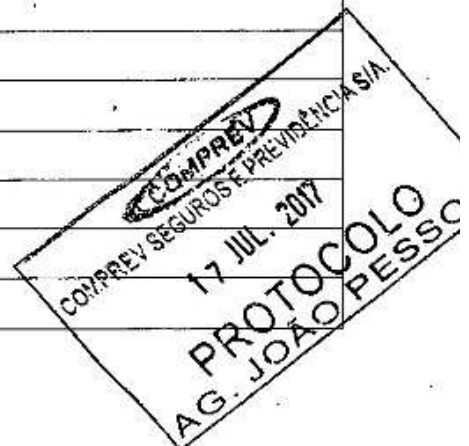


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, DIANA GUEDES ALVES DA SILVARG nº 04984202546, data de expedição 28 / 02 / 14, Órgão DETRAN - PB

CPF nº 083.585.024-27, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DEPUTADO SOARES MADRUGA</u>
Número	<u>111</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>TIBIRI</u>
Cidade	<u>SANTA RITA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.308-355</u>
Telefone de Contato	<u>83 98630-1130</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 16 de Junho de 2017Assinatura do Declarante: X Diana Guedes A. Silva

MARIA INEZ LUIZ DA SILVA
RUA DEF SOARES MACRUGA, 111 - IBIRI
SANTARITA/PR CEP: 5230000 (AG 1)

CONSUMIDOR RESIDENCIAL / BARRA RENDA NONO FASICO Br 220, Km 25, Cruz Vermelha, João Pessoa/PB - CEP 58011-51
Folha 12 - 5 - 577 - 2800 Referência Jan / 2017
Número 0000057976 Emissão 19/01/2017

ENERGISA PARAZA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ 08 086 183/0001-40 Ins. Est. 18.015.029

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000 872 7
Código de Acesso Automático: 020015398

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

Conta referente a

Uc (Unidade Consumidora)

5453980-8

Jan / 2017

Apresentação

19/01/2017

Data prevista da
próxima leitura

16/02/2017

CPF/CNPJ RANI

447171245

Faturas em atraso

Anterior Atual Constante Consumo Olá

Data Leitura Data Leitura 1 77 21

21/12/16 7979 19/01/17 8358

Descrição Quantidade Preço Valor (R)

Consumo ate 30kWh-BR 30 0,14905 4,47

Consumo - 31 a 100kWh-BR 47 0,25552 12,01

Subsídio 17,48

ICMS 12,12

PIS 0,1

COFINS 2,1

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIB SERV. LUM. PUBLICA 0,17

Demorção Suc. não

Histórico de Consumo
(kWh)

Dez/16 78
Nov/16 55
Out/16 74
Set/16 53
Ago/16 63
Jul/16 64
Jun/16 65
Mai/16 61
Abr/16 55
Mar/16 62
Fev/16 62
Jan/16 102

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R)
ICMS	48,09	25,00	12,02
PIS	40,65	1,500	0,50
COFINS	48,39	4,160	2,00

VENCIMENTO 26/01/2017 TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses

26/01/2017 R\$ 32,05

3162 e29a.0756 ee60.5034 fec1.8cc6.8d74

Indicadores de Qualidade

Índices	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)
CONSUMO	5,29	0,03	NOMINAL	220	8,28
DESEMPENHO	11,59				7,33
DESEMPENHO	23,19				3,40
DESEMPENHO	3,40				1,58
DESEMPENHO	7,10				0,03
DESEMPENHO	1,20				
DESEMPENHO	3,37				
DESEMPENHO	12,72				

Valor em R\$ (R\$ 11/2016) R\$ 1006

ATENÇÃO

Sua fatura de 19/01/17 sobre Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 17,43

COMPREV
COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
17 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUCAS ALVES

RG nº 0623726651, data de expedição 22/07/16,

Órgão DETRAN-PB, portador do CPF. nº 700.150.554.86, com
domicílio na cidade de SANTA RITA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA REPUTADO SOARES MADRUGA, nº 111,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima DIANA GUERES ALVES DA SILVA, cujo o condutor era
LUCAS ALVES

Veículo: HONDA BROS 150

Modelo: NXR KS

Ano: 2011

Placa: DEX 2048 - PB

Chassi: 9C2KD0560BR107277

Data do Acidente: 11/09/2016

Local e Data: João Pessoa, 16 de Julho de 2017



Assinatura do Declarante



Reconheço como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(a)s _____

LUCAS ALVES _____

Em test. da verdade. Santa Rita-PB 20/06/2017 11:22:27

Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente

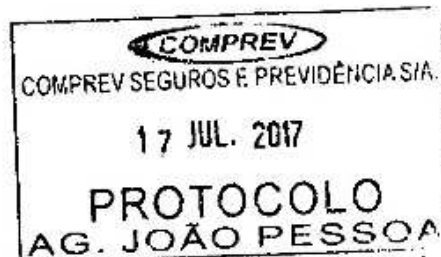
02017-0023051EJOL:R\$ 89,23 FAPEN:R\$ 0,27 FEPJ:R\$ 1,00

SELO DIGITAL: AFD85493-DDM4

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus>

Alexsandro Rolim Dantas
Escrevente Autoriz

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAISAtenc
3825

Documentação médico - hospitalar



27/09/2016 16:39:54

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
13921744	DIANA GUEDES ALVES DA SILVA	F	30/09/1989	26
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
3246506 SSPB PB	8358502427		1-CASADO	
Endereço				
R R MONSENHOR S PIRES FERREIRA 0 MUNICIPIOS SANTA RITA-PB CEP:58303360				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
987483406		MARIA INEZ LUIZ DA SILVA GUEDES		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
11/09/2016	16:16		
Médico Atendente	Clínica		
2466287 RAFAEL LARA DE FREITAS	5-ORTOPEDICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
2466287 RAFAEL LARA DE FREITAS	5 PQA (CENTRO CIRURGICO)		
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	CLUBE DE SAUDE ADMINISTRADORA BENEFICIOS LTDA
1822-HAPVIDA JOAO PESSOA	2-PLANO EMPRESA ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
81038000176002019		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
1628116	99996668	C17311682	INTERNAÇÃO:
1628116	48020192	C17311682	FRATURAS DE FALANGES OU METACARPÍANOS: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO

REMESSA
110735

R4310RI - EVERTON PEREIRA DE CARVALHO



CLÍNICA ORTOPÉDICA E TRAUMATOLOGICA DE JOÃO PESSOA LTDA
MEDICAMENTOS, MATERIAIS E EQUIPAMENTOS USADOS NA SALA DE CIRURGIA

Nome: Diana Guadalupe Alvarado Silva
 Tipo de Cirurgia: Encl. de membro
 P. Auxiliar:

Registro: 38251778 CONVÊNIO: Hoprid
 CIRURGIÃO: DR. Rafael Louz
 Tipo de Anestesia: Bloc

Anestesiador: pp. Sampaio Início: Término: Duração:

Medicamentos	Cód.	Q.	Medicamentos	Cód.	Q.
Adrenalina (amp)	32727		Niliperid (amp)	118772	
Agua Destilada 100ML	34290	04	Oclivela 0.1 (Orsina)	111337	
Agua Destilada 1000ml	34382		Paracetamol 500mg	12515	
Atropina (amp)	35181		Plasil comp	14009	
Amil de Mediteo	31763		Procto 1	14042	
Buscopan Composto (amp)	36064		Procto 2 (amp)	14100	
Buscopan simples (amp)	36161		Procto 3 (amp)	14150	
Benzatril 1200 III	30482		Quelid	14144	
Bupivacaína (Isobáica) (Neoc)	38136		Ramipril 5mg (amp)	14193	
Bupivacaína Posada (Neoc)	48194		Servico de coagulacao 250ml	14200	04
Cefazolina 1G (Keflin)	42099		Soro fisiológico 500ml	14240	
Cefazolina 1G (Kefazol)	43012	01	Soro fisiológico 1000 ml	14288	
Ceftriaxona 1G (Rocefin)	43400		Soro fisiológico 500 ml	14300	01
Completo B (amp)	38490		Soro fisiológico 250ml	14356	
Decadron (amp) 15MG	36811		Soro fisiológico 250 ml	14360	
Diazepam (amp)	33075		Soro fisiológico 500 ml	14344	
Dimer 2 (amp)	118472		Tiludil 1mg (amp) 30mg (amp)	114785	
Opiopona (amp)	33008	02	Tiludil 1mg (amp) 20mg (amp)	14415	02
Dolantina (amp)	39935		Tramadol 100mg	14536	
Duramorf 5mg (amp)	40045		Tramadol 50mg	14565	
Dormonid 15mg (amp)	40037		Tramadol 50mg	14572	
Dracim B6 (amp) 5ml 2ml	40088		Urtica 2mg	14610	
Dracim B6 DL 10ml	126122		Vitaminas	14644	
Elidrina	119185		Vitaminas	14644	
Edicril (amp)	40142		Vitaminas	14644	
Ferengia 50 mg (amp)	49263				
Ferengia 15 mg (amp)	49100				
			Materiais	Cód.	Q.
Fencasil (amp) 2ml	134923		Aspiração N° 24	128	
Fenamil (amp) 5ml	145419		Aspiração N° 22	1210	01
Furosemida 20 mg/ 2ml	36722		Aspiração N° 20	1201	
Furosemida 40 mg/ 2ml	36730		Aspiração N° 18	1198	
Gentamicina (amp) 80mg/2ml	17400		Aspiração N° 16	11915	
Gentamicina (amp) 40mg/ml	75094		Aspiração N° 26	119156	
Glicose 50% (amp)	48593		Aspiração N° 27	12035	
Glicose 2% (amp)	48585		Aspiração N° 27	12047	01
Hidrocodona 100 mg (amp)	36790		Aspiração N° 25	12050	01
Hidrocodona 500 mg (amp)	36412		Aspiração N° 12	1179	01
Hixidina	135144		Aspiração N° 12	11727	01
Insulina Regular	41692		Algodão	11663	03
Insulina NPH (Inasco)	41530		Algodão	11691	03
Levopropil 0.5% CV (Novab)	134164	01	Algodão ortopédico 15	11750	
Levopropil 0.5% SV (Novab)	134165		Algodão ortopédico 20	11750	
Lidocaina 2% CV Vaso 20ml	45231		Aspiração N° 10cm	11744	
Lidocaina 2% Gelatin	45317		Aspiração N° 15cm	11744	
Lidocaina 2% S/Vaso 20ml	45250	01	Aspiração N° 15cm	11744	
Lidocaina 2% SPRAY	45268		Aspiração N° 15cm	11744	
Midazolam 15mg/ml	40077		Aspiração N° 20cm	11744	
Midazolam 50mg/ml	40053	01	Capa N°	11663	
Misoprostol Comp	103950		Caneta de aspiração	11663	
Narcotrolon (amp) 4mg	149848	01	Caneta de aspiração	11663	
	118995		Caneta de aspiração	11663	

Materiais	Cód.	Q.	Materiais (Fios)	Cód.	Q.
Compressa cirurgica	26132	02	Fio de Algodão Agulhada 2-0	118167	
Compressa de gaze	143503	03	Fio de Algodão Agulhada 3-0	118338	
Compressa de Zelon	41200	01	Fio de Algodão Agulhada 4-0	118066	
Compressa de Percepsol	26005		Fio de Algodão Agulhada 0	25909	
Fio de Algodão 2-0	27910	02	Fio de Algodão Agulhada 2-0	25917	
Fio de Algodão 3-0	27931	01	Fio de Algodão Agulhada 3-0	25921	
Fio de Algodão 4-0	27965		Fio Catgut Cromado 2-0	25992	
Fio de Algodão 5-0	27997	01	Fio Catgut Cromado 3-0	26000	
Fio de Algodão 6-0	25534		Fio Catgut Cromado 4-0	26036	
Fio de Algodão 7-0	25783		Fio Catgut Cromado 5-0	26018	
Fio de Algodão 8-0	134124		Fio Catgut Simples 2-0	55344	
Fio de Algodão 9-0	10857	06	Fio Catgut Simples 3-0	25950	
Fio de Algodão 10-0	26072		Fio Catgut Simples 4-0	25965	
Fio de Algodão 11-0	30954		Fio Catgut Simples 5-0	25971	
Fio de Algodão 12-0	140629		Fio Ethibond 0	7576	
Fio de Algodão 13-0	118979		Fio Ethibond 1-0	8506	
Fio de Algodão 14-0	34640		Fio Ethibond 2-0	8507	
Fio de Algodão 15-0	108112	01	Fio Ethibond 3-0	319	
Fio de Algodão 16-0	179206		Fio Monocryl N° 0	319	
Fio de Algodão 17-0	70651		Fio Monocryl N° 1	319	
Fio de Algodão 18-0	20660	02	Fio Monocryl N° 2	319	
Fio de Algodão 19-0	30675		Fio Monocryl N° 3	319	
Fio de Algodão 20-0	30688		Fio Monocryl N° 4	319	
Fio de Algodão 21-0	30724		Fio Monocryl N° 5	319	
Fio de Algodão 22-0	30822	06	Fio Monocryl N° 6	319	
Fio de Algodão 23-0	41004		Fio Monocryl N° 7	319	
Fio de Algodão 24-0	40810	06	Fio Monocryl N° 8	319	
Fio de Algodão 25-0	42370		Fio Prolene 0	319	
Fio de Algodão 26-0	32360		Fio Prolene 2-0	319	
Fio de Algodão 27-0	30848	01	Fio Prolene 3-0	319	
Fio de Algodão 28-0	30856	01	Fio Prolene 4-0	319	
Fio de Algodão 29-0	30864	01	Fio Prolene 5-0	319	
Fio de Algodão 30-0	30872	02	Fio Prolene 6-0	319	
Fio de Algodão 31-0	30877		Fio Prolene 7-0	319	
Fio de Algodão 32-0	30883		Fio Prolene 8-0	319	
Fio de Algodão 33-0	30889		Fio Prolene 9-0	319	
Fio de Algodão 34-0	30895		Fio Prolene 10-0	319	
Fio de Algodão 35-0	30901		Fio Prolene 11-0	319	
Fio de Algodão 36-0	30907		Fio Prolene 12-0	319	
Fio de Algodão 37-0	30913		Fio Prolene 13-0	319	
Fio de Algodão 38-0	30919		Fio Prolene 14-0	319	
Fio de Algodão 39-0	30925		Fio Prolene 15-0	319	
Fio de Algodão 40-0	30931		Fio Prolene 16-0	319	
Fio de Algodão 41-0	30937		Fio Prolene 17-0	319	
Fio de Algodão 42-0	30943		Fio Prolene 18-0	319	
Fio de Algodão 43-0	30949		Fio Prolene 19-0	319	
Fio de Algodão 44-0	30955		Fio Prolene 20-0	319	
Fio de Algodão 45-0	30961		Fio Prolene 21-0	319	
Fio de Algodão 46-0	30967		Fio Prolene 22-0	319	
Fio de Algodão 47-0	30973		Fio Prolene 23-0	319	
Fio de Algodão 48-0	30979		Fio Prolene 24-0	319	
Fio de Algodão 49-0	30985		Fio Prolene 25-0	319	
Fio de Algodão 50-0	30991		Fio Prolene 26-0	319	
Fio de Algodão 51-0	30997		Fio Prolene 27-0	319	
Fio de Algodão 52-0	31003		Fio Prolene 28-0	319	
Fio de Algodão 53-0	31009		Fio Prolene 29-0	319	
Fio de Algodão 54-0	31015		Fio Prolene 30-0	319	
Fio de Algodão 55-0	31021		Fio Prolene 31-0	319	
Fio de Algodão 56-0	31027		Fio Prolene 32-0	319	
Fio de Algodão 57-0	31033		Fio Prolene 33-0	319	
Fio de Algodão 58-0	31039		Fio Prolene 34-0	319	
Fio de Algodão 59-0	31045		Fio Prolene 35-0	319	
Fio de Algodão 60-0	31051		Fio Prolene 36-0	319	
Fio de Algodão 61-0	31057		Fio Prolene 37-0	319	
Fio de Algodão 62-0	31063		Fio Prolene 38-0	319	
Fio de Algodão 63-0	31069		Fio Prolene 39-0	319	
Fio de Algodão 64-0	31075		Fio Prolene 40-0	319	
Fio de Algodão 65-0	31081		Fio Prolene 41-0	319	
Fio de Algodão 66-0	31087		Fio Prolene 42-0	319	
Fio de Algodão 67-0	31093		Fio Prolene 43-0	319	
Fio de Algodão 68-0	31099		Fio Prolene 44-0	319	
Fio de Algodão 69-0	31105		Fio Prolene 45-0	319	
Fio de Algodão 70-0	31111		Fio Prolene 46-0	319	
Fio de Algodão 71-0	31117		Fio Prolene 47-0	319	
Fio de Algodão 72-0	31123		Fio Prolene 48-0	319	
Fio de Algodão 73-0	31129		Fio Prolene 49-0	319	
Fio de Algodão 74-0	31135		Fio Prolene 50-0	319	
Fio de Algodão 75-0	31141		Fio Prolene 51-0	319	
Fio de Algodão 76-0	31147		Fio Prolene 52-0	319	
Fio de Algodão 77-0	31153		Fio Prolene 53-0	319	
Fio de Algodão 78-0	31159		Fio Prolene 54-0	319	
Fio de Algodão 79-0	31165		Fio Prolene 55-0	319	
Fio de Algodão 80-0	31171		Fio Prolene 56-0	319	
Fio de Algodão 81-0	31177		Fio Prolene 57-0	319	
Fio de Algodão 82-0	31183		Fio Prolene 58-0	319	
Fio de Algodão 83-0	31189		Fio Prolene 59-0	319	
Fio de Algodão 84-0	31195		Fio Prolene 60-0	319	
Fio de Algodão 85-0	31201		Fio Prolene 61-0	319	
Fio de Algodão 86-0	31207		Fio Prolene 62-0	319	
Fio de Algodão 87-0	31213		Fio Prolene 63-0	319	
Fio de Algodão 88-0	31219		Fio Prolene 64-0	319	
Fio de Algodão 89-0	31225		Fio Prolene 65-0	319	
Fio de Algodão 90-0	31231		Fio Prolene 66-0	319	
Fio de Algodão 91-0	31237		Fio Prolene 67-0	319	
Fio de Algodão 92-0	31243		Fio Prolene 68-0	319	
Fio de Algodão 93-0	31249		Fio Prolene 69-0	319	
Fio de Algodão 94-0	31255		Fio Prolene 70-0	319	
Fio de Algodão 95-0	31261		Fio Prolene 71-0	319	
Fio de Algodão 96-0	31267		Fio Prolene 72-0	319	
Fio de Algodão 97-0	31273		Fio Prolene 73-0	319	
Fio de Algodão 98-0	31279		Fio Prolene 74-0	319	
Fio de Algodão 99-0	31285		Fio Prolene 75-0	319	
Fio de Algodão 100-0	31291		Fio Prolene 76-0	319	
Fio de Algodão 101-0	31297		Fio Prolene 77-0	319	
Fio de Algodão 102-0	31303		Fio Prolene 78-0	319	
Fio de Algodão 103-0	31309		Fio Prolene 79-0	319	
Fio de Algodão 104-0	31315		Fio Prolene 80-0	319	
Fio de Algodão 105-0	31321		Fio Prolene 81-0	319	
Fio de Algodão 106-0	31327		Fio Prolene 82-0	319	
Fio de Algodão 107-0	31333		Fio Prolene 83-0	319	
Fio de Algodão 108-0	31339		Fio Prolene 84-0	319	
Fio de Algodão 109-0	31345		Fio Prolene 85-0	319	
Fio de Algodão 110-0	31351		Fio Prolene 86-0	319	
Fio de Algodão 111-0	31357		Fio Prolene 87-0	319	
Fio de Algodão 112-0	31363		Fio Prolene 88-0	319	
Fio de Algodão 113-0	31369		Fio Prolene 89-0	319	
Fio de Algodão 114-0	31375		Fio Prolene 90-0	319	
Fio de Algodão 115-0	31381		Fio Prolene 91-0	319	
Fio de Algodão 116-0	31387		Fio Prolene 92-0	319	
Fio de Algodão 117-0	31393		Fio Prolene 93-0	319	
Fio de Algodão 118-0	31399		Fio Prolene 94-0	319	
Fio de Algodão 119-0	31405		Fio Prolene 95-0	319	
Fio de Algodão 120-0	31411		Fio Prolene 96-0	319	
Fio de Algodão 121-0	31417		Fio Prolene 97-0	319	
Fio de Algodão 122-0	31423		Fio Prolene 98-0	319	
Fio de Algodão 123-0	31429		Fio Prolene 99-0	319	
Fio de Algodão 124-0	31435		Fio Prolene 100-0	319	

CLOREX ALCOOLICA SLH
 CLOREX DEGERMANTE SLH
 Taxa/Equipamentos
 Amoscopia SLH
 Riscar Elétrico SLH
 Bomba de Infusão SLH
 RBC Anestesia SLH
 Intensificador Imagem SLH
 Monitor SLH
 Oxímetro Pulso SLH
 Oxímetro Nasal SLH
 Prescritor sob Máscara SLH
 Ventilador Elétrico SLH



CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ Posto: POSTO 1ANDAR - HGJP Leito: 1A-107/1 13/09/2016

Paciente: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA Atendimento: 38251778 Prontuário: 13921744 Convênio: HAPVIDA JOA

Profissional(is): RAFAEL LARA DE FREITAS CRM 8784 Nº: 06438147 11/09/2016 às 16:45

DIAGNÓSTICO	
Diagnóstico Clínico	S626 FRAT DE OUTR DEDOS
Diagnóstico Cirúrgico	S626 FRAT DE OUTR DEDOS
DADOS DA CIRURGIA	
Data Da Cirurgia	11/09/2016
Hora Da Cirurgia	16:47
Cirurgia	OSTEOSSINTESE COM FIO K + DESBRIDAMENTO CIRURGICO
Cirurgião	DR RAFAEL LARA
Anestesista	DR SAULO
Descrição Cirúrgica	1- ANESTESIA 2 - ANTISEPSIA + ASSEPSIA 3 - COLOCAÇÃO DE CAMPO CIRURGICO 4 - INCISÃO LONGITUDINAL 5- REDUÇÃO DE FRATURA DO 5º METACARPOE FIXAÇÃO COM 01 FIO DE KIRCHNER Nº 1,5, REALIZADO CONTROLE COM USO DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM. 6-SUTURA + CURATIVO 7-TALA GESSADA TIPO GARRAFA



1930 - 1900

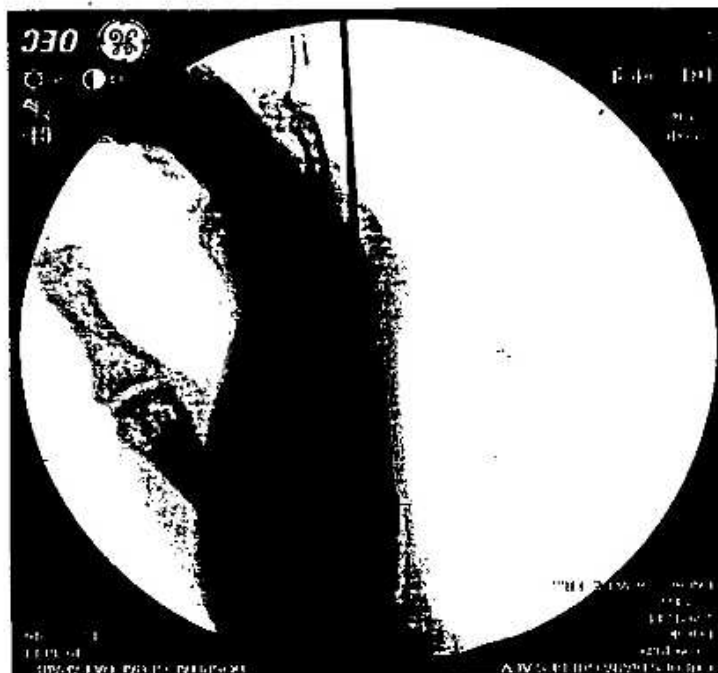
CARDIOSCÓPIO	X	PRESSÃO NÃO INVASIVA	X	CAPNOGRAFO	X	OXÍMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
--------------	---	----------------------	---	------------	---	-------------------	------------------

DROGAS		EVENTO
1	9	A
2	10	B
3	11	C
4	12	D
5	13	E
6	14	F
7	15	G
8	16	H
9	17	
10	18	

LÍQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação:	Oro	Naso	Sonda
					Respiração:	Espon.	Assist.	
					Absorvedor de:	Sem	Com	
					Posição:	Local da Punção:		
					Agulha:	Técnica:		
						Início:	Final:	
Condição final op:					Duração:			

Intervenções per. op: SEM INTERVENÇÃO Ass. Anestesiista - CRM





PACIENTE

Nome do Paciente: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA
Codigo Paciente: 67038000176002
Plano: Individual () Empresa (X) Qual Empresa: CLUBE DE SAUDE ADMINISTRADORA BENEFICIOS
Filial Prestador: JOAO PESSOA Empresa Custo Operacional: Sim () Nao (X)
Prestador Solicitante: CLIN ORTOPEDICA E TRAUM DE JOAO PESSOA LTDA Telefone: 8332538919
Medico Solicitante: RAFAEL LARA DE FREITAS Telefone: 8335069949

PROCEDIMENTO AUTORIZADO

Codigo AMB/CBHM: 48020192 Senha: C17311682 Tipo Liberacao Procediment: NORMAL
Cirurgia ou procedimento: FRATURA DE FALANGES OU METACARPANOS:TRATAMENTO CIRURGICO COM FIXACAO
Urgencia (X) Eletivo ()
Exames apresentados para justificar a autorizacao do procedimento:

INFORMACOES ADICIONAIS

Dt Autorizacao	Dt Parecer Auditor	Dt Parecer Especialista	Dt Liberacao GNHAP	Dt Internacao
11/09/2016	11/09/2016	12/09/2016	12/09/2016	
Autorizador	Auditor	Especialista	Operador GNHAP	
GEENKNO	VROSARIO	JMARCELZ	ALINEAV	
Dt Informacao Paciente		Qdt Dias		Situacao
11/09/2016		2		LIBERADO

MATERIAL AUTORIZADO		USUARIO COM COBERTURA OPMEs							
Codigo	Descricao	Tip	Fornecedor	Qtd	VL DOU VL Fornec	VL GNHAP	Tx ComAutoriz	Lib	
99800302	FIO DE KIRSCHNER	ME	PRESTADOR	2	13.00	13.00	13.00	35.00	SIM NR
99832695	ANCORA	ME	PRESTADOR		197.60	197.60			NAO
99832720	PLACA EM 12.7 INCLUI PARAFUSOS	S	PRESTADOR		131.36	131.36			NAO
99832721	PLACA LM 12.7 MM INCLUI PARAFUSO	S	PRESTADOR		131.36	131.36			NAO
99832722	PLACA SEMI TUBULAR 2.7 INCLUI PARAFUSO	S	PRESTADOR		146.64	146.64			NAO
99832735	PARAFUSO CANULADO 3.5 MM	S	PRESTADOR		116.02	116.02			NAO
99832760	MINI PARAFUSO DE AUTO COMPRESS	S	PRESTADOR		120.00	120.00			NAO
99832592	PARAFUSO CANULADO MINI	S	PRESTADOR		257.29	257.29			NAO
99832594	PARAFUSO CORTICAL 2.0 MM	S	PRESTADOR		15.34	15.34			NAO
99832595	PARAFUSO CORTICAL 2.7 MM	S	PRESTADOR		16.94	16.94			NAO
99832613	MINI FIXADOR EXTERNO	S	PRESTADOR		366.62	366.62			NAO

91879

Exames apresentados para justificar a autorizacao do material:

OBSERVACAO

R_OPMEs 57636001



Nº Prescrição: 0010634147 Atendimento: 38251778
Paciente: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

Prontuário: 13921744
Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Data: 11/09/2016 **Hora:** 16:40
Posto: POSTO 1ANDAR - HGJP
Peso: 70.00 kg **Leño:** 1A-107/1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	3sh	ORAL	21:00	: 12/09 - 00:00	: 12/09 - 03:00	: 12/09 - 06:00
2. Hidratação Venosa	Fase Única	Vol. Total:	500 ml	7.00 gts/min	Acesso Periférico	19:00
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	20.83 ml/Kcal/dia	500 ml				
3. CEFZOLINA SODICA (1.00g) (0.1%)	Água Destilada	1g	1 FRAP (C/1GR)	8/8h	EV	22:00 : 12/09 - 06:00
4. PROFENID IV (100.00mg)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	1 FRAP (C/100MG)	8/8h	EV	22:00 : 12/09 - 06:00
5. DIPIRONA (500.00mg/ml)	Água Destilada	1000mg	2ML (AMP/ C/500MG)	6/6h	EV	18:00 : 12/09 - 00:00 : 12/09 - 06:00
6. TRAMAL (50.00mg/ml)	Soro Fisiológico 0,9%	100mg	2ML (AMP/ C/100MG)	8/8h	EV	SN
7. PLAMET (5.00mg/ml)	Água Destilada	10mg	2ML (AMP/ C/10MG)	8/8h	EV	22:00 : 12/09 - 06:00
8. SONDAGEM VESICAL DE ALVIO						SN
9. CURATIVO MEDIO+SF+GAZE ACOCHOADA						SN
10. PUNÇÃO C/ JELO						SN
11. SINAIS VITAIS						
12. GELO 15 MINUTOS A CADA 4 HORAS						
13. RETIRADA DE DRENO DE PORTOVAC						SN
14. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MEDIO						
15. COMPRESSÃO COM ÉTER						SN
Alta em: 12/09/2016	ALTA MELHORADO					
Alta dada por: RAFAEL LARA DE FREITAS						





PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1
11/09/2016 10:15 PM

Nº Prescrição: 10635692 Paciente: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA Prontuário: 13921744 Data: 11/09/2016 Hora: 22:02
Atendimento: 38251778 Posto: POSTO 1 ANDAR - HGJP Leito: 1A-109/1 Convênio: HAPVIDA JOAO PESSOA

Avaliação: PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA

2 - REALIZAR/REGISTRANDO

SINAIS VITAIS- TEMPERATURA	10:00	36.6 %	12/09 01:00	36.4 %	12/09 07:00	36.2 %
SSVV - PRESSÃO ARTERIAL	19:00	12/09 01:00	110X70	12/09 07:00	110X70	

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

11/09/2016 20:00	PACIENTE ADMITIDA NESTE SETOR PROCEDENTE DO BLOCO CIRÚRGICO EM POI DE FRATURA DE FALANGE MÃO DIRETA CONSCIENTE E ORIENTADA EM HVP SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	ELIANE COSTA FERRO
11/09/2016 21:00	PACIENTE ACEITOU A DIETA OFERECIDA	ELIANE COSTA FERRO
12/09/2016 00:00	PACIENTE MEDICADA CPM E AFERIDO SSVV SEM INTERCORRENCIAS	ELIANE COSTA FERRO
12/09/2016 02:00	PACIENTE SEM QUEIXAS	ELIANE COSTA FERRO
12/09/2016 06:00	PACIENTE SEGUE MEDICADA CPM SEGUE SEM INTERCORRENCIAS SEGUE NO SORO AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM	ELIANE COSTA FERRO

PROFISSIONAIS

ELIANE COSTA FERRO MOREIRA (COREN 251914)



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INTERNAÇÃO

Página 1

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ Posto: POSTO 1 ANDAR - HGJP

Leito: 1A-109/1

11/09/2016 2

Paciente: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

Atendimento: 38251778

Prontuário: 13921744

Convênio: HAP DA JOAO

Profissional(is): YORDAN GOMES DE AMORIM COREN 239461

Nº: 06440932

11/09/2016

às 21:50

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA

Descrição

PACIENTE EVOLUI EM EGB, NO POI DE FRATURA DE FALANGE DE MSD, CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, AFEBRIL, FO OCLUSIVA COM FIXADOR, DIETA VO, DIURESE ESPONTANEA, MEDICADA CPM, SONO E REPOUSO PRESERVADO, SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM. ALTA PELA MANHA 12-09.

PROCEDIMENTOS INVASIVOS

Cateter Para Diálise

Sim

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE





ANAMNESE MÉDICA

Atesto, para os devidos fins, que o(a) Sr(a) DIANA GUEDES ALVES DA SILVA compareceu à Emergência deste Hospital no dia 11/09/2016 e apresentou trauma de alta energia.

MT; COLISÃO MOTO X CACHORRO

DE: 11/09/2016 10:40HS

TRAUMA NO JOELHO DIRIETO, MÃO E COTOVELO DIR

HPP: ATENDIDO FM VIA PUBLICA PELO SAMU

BOM ESTADO GERAL. DOR + LIMITAÇÃO NÃO

EF: EDEMA ACENTUADO

ADM AUSENTE

NEUROVASCULAR PRESERVADO

ESCORIAÇÕES E FÊMIMENTO MÃO E JOELHO

RX: FRATURA DO COLO DO 5 MTC 70 GRAUS

HD: FRATURA EXPOSTA DO 5 MTC

CD: INTERNO PARA TTO CIRURGICO + EXAMES + ORIENTAÇÃO + PRESCRIÇÃO

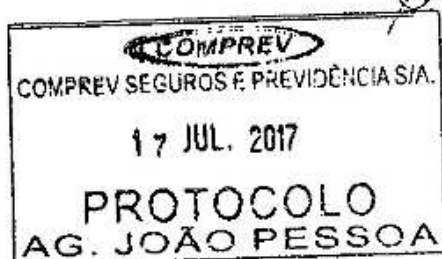
SOLICITO

30722411 – TTO CIRURGICO DE FRATURA DE FALANGE

CID: S626

JP 11/09/2016

Dr. Rafael Lara de Freitas
Ortopedia e Traumatologia
CRM - PB 8784 TEOT 9693





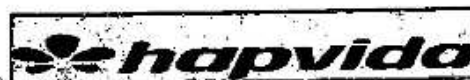
RELATÓRIO MÉDICO

Declaro para fins trabalhistas, que a paciente Diana Guedes Alves da Silva, sofreu acidente de moto no dia 11/09/2016. Apresenta diagnóstico de 4º dedo em martelo crônico da mão direita e foi submetida à tratamento cirúrgico no 25/01/2017 e se encontra imobilizada por 6 semanas e em seguimento ambulatorial.

CID: S63

João Pessoa, 02 de fevereiro de 2017.

Dra. Andrea H. Nasrala
Ortopedia e Traumatologia
CRM-TORRES 132725





LAUDO MÉDICO

Declaro, para fins trabalhistas, que o(a) Sr(a) Diana Guedes Alves da Silva, sofreu acidente de moto no dia 11/09/2016. Apresenta diagnóstico de 4º dedo em martelo crônico e fratura do 5º MTC mão direita. Foi submetida à tratamento cirúrgico de ambos diagnósticos. Apresenta déficit de flexão do 5º dedo e em uso de órtese no 4º dedo por 3 semanas. Está em seguimento ambulatorial e reabilitação fisioterápica.

CID: S63 / S62

João Pessoa, 04 de abril de 2017.

Dra. Ana Paula H. Nasrala
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.5821501 - 13.2.45



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAT
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAT

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

97176311

NOME: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUTRO IDENTIFIC. Nº: 3246506 SSDE PB

CPF: 083.585.024-27 DATA NASCIMENTO: 30/09/1989

FILIAÇÃO: ANTONIO JOSE DE OLIVEIRA GUEDES MARIA INEZ LUIZ DA SILVA GUEDES

PESOSIAO: ☒ EMPREGADO ☐ MICROEMPRESARIO ☐ OUTRO

ACC: ☒ AB ☐ OUTRO

VALIDADE: 24/03/2019 14/07/2010

Nº REGISTRO: 04984202546

Diana Guedes Alves da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

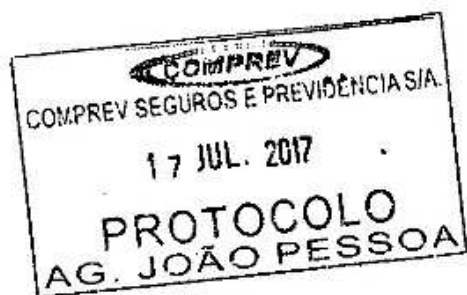
LOCAL: JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO: 28/08/2014

58908134014
PB028321197

ENCERBIO PLASTIFICAR

97176311



IDENTIFICAÇÃO

30/09/1989

VÍTIMA Diana Guedes Alves da SilvaDATA DO ACIDENTE 11/09/2016 CPF DA VÍTIMA 083.585.024-27

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Deputado Soares MadrugaNº 111 COMPLEMENTO Bairro Tibiriçá, MunicípioCIDADE Santa Rita UF RS CEP 958303-355

E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

SAMU

Declaracao do Proprietario

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES, QUITADO☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADA☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE

• DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURADOTRANSPORTE.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12/07/2017IDENTIDADE 3246506

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PROTOCOLADO
AG. 22/09/2016
COMPROVANTE DE RECEBIMENTO
DO DOCUMENTO DE RESIDÊNCIA
DECLARADA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170397805 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIANA GUEDES ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 11/09/2016 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do 5º metacarpo direito.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame vítima apresenta dor à movimentação, déficit da mobilidade da mão direita, limitação dos movimentos de flexão do 5º quirodáctilo direito, 4º quirodáctilo em martelo crônico.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com fixação com fio de kirschner.

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão direita

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 03/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Lopes Soares

CRM do médico: 6144

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **DIANA GUEDES ALVES DA SILVA** Sinistro: **3170397805** Data: **11/09/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Deputado Soares Madruga, 111 - TIBIRI - Santa Rita - PB - CEP 58303-355**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **3246506**

Data local do exame: [**03/08/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura exposta do 5º metacarpo direito. Ao exame vítima apresenta dor à movimentação, déficit da mobilidade da mão direita, limitação dos movimentos de flexão do 5º quirodáctilo direito, 4º quirodáctilo em martelo crônico.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Tratamento cirúrgico com fixação com fio de kirschner.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional da mão direita

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Mão direita

% do dano: () 10% residual (**X**) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08020306520188152001

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 **DIANA GUEDES ALVES DA SILVA**, 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:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Houve o pagamento administrativo no valor de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Cumprido ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 5 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/07/2021 14:02:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21070714021682100000043194674>
Número do documento: 21070714021682100000043194674