



Número: **0808782-47.2018.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **25/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANDREZA BATISTA DE LIMA (AUTOR)	MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
TIBIRICA DE MEDEIROS BARBOSA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36287 692	05/11/2020 12:07	<u>Petição</u>	Petição
36287 698	05/11/2020 12:07	<u>2582343_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
36288 449	05/11/2020 12:07	<u>2582343_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 12:07:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512073378700000034647427>
Número do documento: 20110512073378700000034647427

Num. 36287692 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDREZA BATISTA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180444620**
Vitima: **ANDREZA BATISTA DE LIMA**
Data do Acidente: **20/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180444620**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13410871



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444620 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREZA BATISTA DE LIMA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSOS) E ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: IDENTIFIQUEI QUE NA PÁGINA 01 DA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA, CITA LADO DIREITO DA FRATURA, PORÉM O RESTANTE DA DOCUMENTAÇÃO COMO RELATÓRIO DA CIRURGIA E RESUMO DE ALTA, CITA O LADO ESQUERDO.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

711 227 774-42 Andreza Batista de Soima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Andreza Batista de Soima	CPF titular da conta 711 227 774-42	Profissão
Endereço Rua da Begonia	Número 52	Complemento
Bairro Mangabeira	Estado Pb	CEP 58099-777
Email	Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
RS 3.001,00 ATÉ RS 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE RS 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA 0617	CONTA NRO 31787-6	AGÊNCIA NRO 24	CONTA NRO 2018
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

*COMPREV
REV PREVIDÊNCIA S/A
PROTÓCOLO
JOAO PESSOA*

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 24 de setembro de 2018

Local e Data

Andreza Batista de Soima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FapPF 001 V001/2017



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01752.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01752.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:18 horas do dia 13 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Andreza Batista de Lima**, CPF nº 711.227.774-42, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Diarista, filho(a) de Elizabeth Fontes de Oliveira e Nelson Batista de Lima, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 08/03/1976 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua das Begônias, Nº 52, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Cole Fio Afonso Pereira, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98632-8181.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua: Diogenes Gomes da Silva, Costa do Sol -cidade Verde, Escola Municipal Afonso Pereira, João Pessoa/PB, bairro Costa do Sol; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/04/18 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

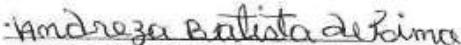
QUE, segundo a notificante tentava atravessar a rua, quando um veículo até então não identificado atropelou a notificante;que a mesma não sabe especificar a marca e modelo, nem o condutor, pois este ao atropelar a notificante evadiu-se do local sem prestar socorro;QUE devido ao impacto a notificante foi jogada ao chão;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº11572018, EXPEDIDO PELA DR^a ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 29.08.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 13 de setembro de 2018.



JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao



ANDREZA BATISTA DE LIMA
Noticiante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Andrezza Batista de Bima CPF da Vítima 71122777442 Data do Acidente 20/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa 15 de Setembro de 2018
Local e Data

X Andreza Batista de Bima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

CALL001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
UNIPREV PREVIDÊNCIA S/A



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BUDTY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 121908' Atd: Nao Regul
Data: 20/04/2018
Hora: 19:41:18
Repcionista: JOELMA IRIO AQUINO C
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANDREZA BATISTA DE LIMA

Num. de vezes atendido: 1

CNS: 700505381970153 Sexo: F IDENTIDADE: 4364256 Fone: 986328181

Num. Prontuario: 2018.04.002988

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/03/1976 Id: 42 ano(s)

End.: RUA DAS BEGONIAS,52

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: ELIZXABETE FONTES DE OLIVEIRA

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DIARTISTA

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Re: FILHA - ALANA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: ATROPELAMENTO

Vitima de violência por: PROX DE CASA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemias:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Ci. Abd:	— O2%:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vomito	

Qixia Principal

Observacao

TRAUMA NO TORNOCOLO ESQUERDO

Trauma em Tn+ esq. c/ atropelamento.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDREZA BATISTA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

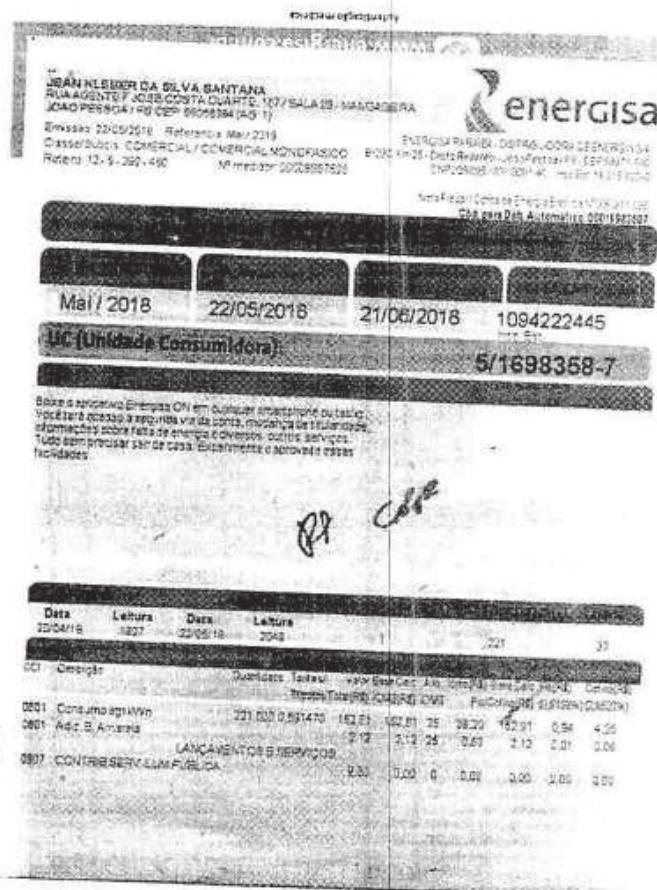
CONTA: 000000031787-6

Nr. da Autenticação CDF2200805C26C9F



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 12:07:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512073393800000034647433>
Número do documento: 20110512073393800000034647433

Num. 36287698 - Pág. 9





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Sil¹⁹⁴ inscrito (a) no CPF sob o Nº 2155.536.021-91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Andréza Batista de Souza inscrito
(a) no CPF sob o Nº 711.227.771-42 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima
Andréza Batista de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 711.227.771-42 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	Endereço	Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Mangabeira	João Pessoa	PB	58056-384
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
		(83)986634900	

João Pessoa, de setembro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



CERTIDÃO

Nº. 1157/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº121908 e Prontuário nº 2018.04.002988, pertencentes a **ANDREZA BATISTA DE LIMA** que foi atendida dia 20/04/2018 às 19H41min, vítima de atropelamento, apresentando trauma de tornozelo direito.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/05/2018 com alta médica dia 05/05/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de agosto de 2018



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Adriana Leticia da Cunha Data da Admissão: 20/08/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Colariedade: _____ Data de Nascimento: 11/11/1990

QPD: Por e adorar a DEUS
HDA: Prazer! Viver de alegria e satisfação
Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalia [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia [] Audição: _____ Visão: _____

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

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Soluço [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

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

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

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

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>André Luis de Souza</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>03/05/18</i>	Cirurgião: <i>Dr. André Luis Siqueira</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <i>Dr. Fábio</i>		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fá de Mangabeira</i>					
CID					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <i>André Luis de Souza</i>					
CID					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <i>Abordagem de Mangabeira</i>					
CÓDIGO					
<i>Dr. André Luis Siqueira</i> Oncologista - Clínico Geral Oncologista - Radioterapeuta CRM: 62070339380267 TEOT 11797					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não		Descreva:		COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 24 SET. 2018	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não				Óbito durante o Ato Cirúrgico	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 ()					
PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA					

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

HAS JDM JTB JHEP JDislipidemia JBanho de Rio JCasa de Taipa HTF
 JTrauma Neo JTabagismo

Alcoolismo: _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias: _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ Geral: _____ TEMP(°C) = _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Oftoscopia): _____
Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *hemo c*

Hipóteses Diagnósticas: *fractura de colo de tibia*

doente *compreva* *compreva previdência s/a*

Conducta: *lameiro de amigdala* *24 SET. 2018*

PROTÓCOLO *AG. JOÃO PESSOA*

Eduardo Faz Lyra *CRM-Médico*

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Ditro dorsal sob anest

Incisão:

Cirurgia em anelolar

Achados:

—

Conduta:

1) Osgm calvíz
2) Apêndice cecis
3) Densos lig e fm molares
4) Fissura de sulco mfl e 2pf
5) Fissura profunda atenuada

—

Fechamento:

Dr. André Luis Siqueira
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia M. de Estética e Reabilitação
CRM: 12477/2011 / TECI: 11197

OBS:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data: ____ / ____ / ____

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 12:07:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512073393800000034647433>
Número do documento: 20110512073393800000034647433

Num. 36287698 - Pág. 17



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: ANDREZA BATISTA DE LIMA				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 42A	SEXO: MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 20/04/2018		DATA DE ALTA: 05/05/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do Maléolo Medial do Tornozelo Esquerdo</i>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando solução de continuidade óssea de maléolo medial</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	()
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: *Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*

REPOUSO: *Relativo em casa por 15 dias.*

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: *Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.*

MEDICAÇÕES PARA CASA: *CEFALEXINA E DIPIRONA*

RETORNO: *Ao posto de saúde em 21 dias.*

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão.

05/05/2018	DATA	ASS. MÉDICO / C.R.M
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO		

CHAMADA VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

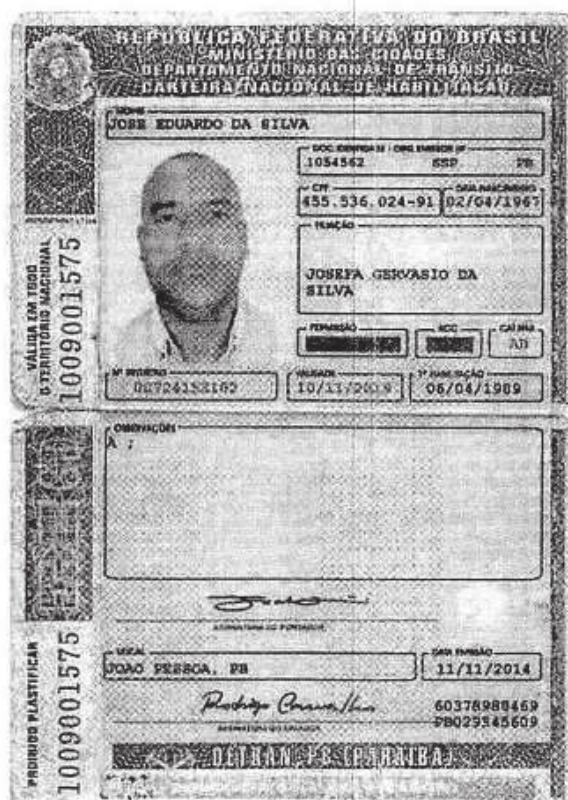
REGISTRO GERAL	4.354.256	DATA DE EXPEDIÇÃO	27/04/2015	
NOME ANDREZA BATISTA DE LIMA				
PILIAÇÃO NELSON BATISTA DE LIMA ELIZABETE FONTES DE OLIVEIRA				
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO			
CAMPINA GRANDE-PB		08/03/1976		
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. N°1592 - LIV.A-02/FLS.103 - CANTORIO CONCEIÇÃO-PB			
Assinatura do Diretor				
LEI N° 7.115 DE 29/08/83				





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 12:07:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512073393800000034647433>
Número do documento: 20110512073393800000034647433

Num. 36287698 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 12:07:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512073393800000034647433>
Número do documento: 20110512073393800000034647433

Num. 36287698 - Pág. 21

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444620 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREZA BATISTA DE LIMA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSOS) E ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: IDENTIFIQUEI QUE NA PÁGINA 01 DA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA, CITA LADO DIREITO DA FRATURA, PORÉM O RESTANTE DA DOCUMENTAÇÃO COMO RELATÓRIO DA CIRURGIA E RESUMO DE ALTA, CITA O LADO ESQUERDO.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444620 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDREZA BATISTA DE LIMA **Data do acidente:** 20/04/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM PARAFUSOS) E ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: IDENTIFIQUEI QUE NA PÁGINA 01 DA DOCUMENTAÇÃO ANEXADA, CITA LADO DIREITO DA FRATURA, PORÉM O RESTANTE DA DOCUMENTAÇÃO COMO RELATÓRIO DA CIRURGIA E RESUMO DE ALTA, CITA O LADO ESQUERDO.

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Andressa Batista de Lima
brasileiro(a), estado civil Brasileiro, profissão
Diarista, CI RG nº 4.364.256
CPF/MF nº 733.227.774-42, residente e domiciliado(a) à Rua
das Beira Mar 52, Mangabeira,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58058-777, telefone
99342-1170, 98663-4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA
18 de 2018

João Pessoa, 13 de setembro de 2018.

DISTRIBU
OFICIAL

X Andrade Batista de Lima

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350185/18

Vítima: ANDREZA BATISTA DE LIMA

CPF: 711.227.774-42

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ANDREZA BATISTA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

ANDREZA BATISTA DE LIMA : 711.227.774-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/09/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

JOSE EDUARDO DA SILVA

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA





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

Processo: 08087824720188152003

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **ANDREZA BATISTA DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 3 de novembro de 2020.

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 - 05/11/2020 12:07:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011051207341700000034647434>
Número do documento: 2011051207341700000034647434

Num. 36288449 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/11/2020 12:07:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110512073417000000034647434>
Número do documento: 20110512073417000000034647434

Num. 36288449 - Pág. 2