



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 GRILO 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	Petição	Petição
36287 698	05/11/2020 12:07	2582343_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
36288 449	05/11/2020 12:07	2582343_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180444620**

Vítima: **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

Pag. 00041/00042 - carta_01 - INVALIDEZ

00020021



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:

Karla Souza





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

711.227.774-42

Nome completo da vítima

Andreza Batista de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Andreza Batista de Lima		CPF titular da conta 711.227.774-42		Profissão	
Endereço Rua da Begonia		Número 52		Complemento	
Bairro Mangabeira		Cidade João Pessoa		Estado PB	
CEP 58099-777		Telefone (DDD)			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder - 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"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<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
<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 9.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input checked="" type="checkbox"/> BRABESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA 0617	DV 31787	CONTA 6	
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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

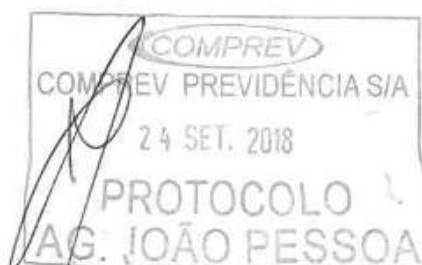
X Andreza Batista de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPDF-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 íntegra: 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 Araújo Negreiros, Agente de Investigação, 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 Elizabete 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 Nº 11572018, EXPEDIDO PELA DRª 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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 13 de setembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


ANDREZA BATISTA DE LIMA
Notificante



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 Andreza Batista de Lima CPF da Vítima 711.227.774-42 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 atenda 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

Andreza Batista de Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CALL001 V001/2017

IMPREV PREVIDENCIA S/A
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BUENOS AIRES
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
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO D
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ANDREZA BATISTA DE LIMA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 700505381970153 Sexo: F IDENTIDADE: 4364256 Fone: 986328181
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: ELIZABETE FONTES DE OLIVEIRA Pai:
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: DIARISTA Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Rel.: FILHA - ALANA
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: ATROPELAMENTO
Vitima de violencia por: PROX DE CASA
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Ci. Abd: - O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Caixa Principal

TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO

Trauma em TNE e SE com Atropelamento.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Alana Batista da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

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



Ata Físic./Departamento Energia Eléctrica 10-301-010
Cod. para Deb. Automático: 0201082953

Código de contato

ATENÇÃO - O REATIVO OCORRIMENTO - INFORMAÇÕES DE EMENDAS DE DATAS PERMANENTE(M) EM
 11.11.11 - FALTA NA DATA DE EMENDAS
 - QUANTO À FALTA NA PAGAMENTO DATA(FATURA) EM ATRASO A PARTIR DE 10
 DIAS, DESCONTAR 15% (QUINZE PORCENTO) EM
 FALTA NA DATA E FALTA EM ATRASO EM PROTEÇÃO AO CRÉDITO NO ASS. DE MANTENIMENTO

Faturas em atraso
Jul/18 101,56
Jun/18 126,36

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2013
PROTCCCO
AG. JOÃO PESSOA



energisa

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
 RUA AUGUSTO JOSÉ COSTA DUARTE, 1077 SALA 05 - MANGABEIRA
 JOÃO PESSOA - PB CEP: 55055394 (AO 1)

Endereço: 22/05/2018 Referência: Mai/2018
 Classe/Serviço: COMERCIAL/COMERCIAL NÔN PARASICO BOM 1m25 - Data Recebimento: 22/05/2018
 Reten: 12.4-299-490 Nº medidor: 00028987520

Atividade: 1094222445
 CNA para Den. Automática: 0001692697

Maio / 2018 22/05/2018 21/06/2018 1094222445

UC (Unidade Consumidora) 5/1698358-7

Bom e parabeniza Energisa On em qualquer smartphone ou tablet. Você terá acesso a seguinte via de conta, mudança de titularidade, informações sobre fatura de energia e outros, outros serviços. Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite estas facilidades.

PR *clp*

Data	Leitura	Data	Leitura
20/04/18	3227	22/05/18	2042

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
0001	Consumo Energia	221.000	0,001470	142,81	0,01	25	25,00	167,81
0801	Adc. B. Amortiz	2,12	0,01	0,02	0,01	25	0,02	0,04
0807	CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA	2,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 24 Set. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



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 COAF**².

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 Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Andreza Batista de Lima inscrito
(a) no CPF sob o Nº 711.227.774-42 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez da Vítima
Andreza Batista de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 711.227.774-42 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 <u>Agente Fiscal Jose E. Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Alamogabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(83) 9 86634900</u>

João Pessoa de Setembro de 2018

Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017





CERTIDÃO

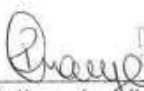
Nº. 1157/2018

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, dato 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: <u>Andréza Benedita da Silva</u>		Data da Admissão: <u>20/09/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Educação: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>	
QPD: <u>Para admissão em NFE</u>			
HDA: <u>Para admissão em NFE</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese			
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [] 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 [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas			
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria			
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____			
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] 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.



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. 14

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	<i>Bonduzen Alister de Lencastre</i>			Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:		Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Px de Uterus mule</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>No corpo do / k de hylar</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Hc corp de / k Tm fuy ←</i>					
<i>Dr. André Luis Siqueira</i> Oncologia Hematológica Oncofisiopatologia Musculoesquelética CRM: 028710332/03297 TEOT 11797					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____

Geral: _____ TEMP(°C) = _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: Não

Hipóteses Diagnósticas: Infarto miocárdico

Conduta: Tratamento clínico

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

24 SET. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Eduardo Paz Lyra
Médico
CRM 17.114

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Dois dorsais sob anestes

Incisão:

Longa e profunda de 10 cm

Achados:

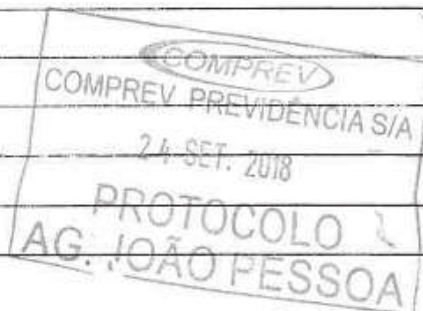
Conduta:

- 1) Afirmação de diagnóstico
- 2) Afirmação de diagnóstico
- 3) Afirmação de diagnóstico
- 4) Afirmação de diagnóstico
- 5) Afirmação de diagnóstico

Fechamento:

Dr. André Luis Siqueira
Ortopedia Traumatologia
Oncologia Metastásica
CNPJ 12.247.743/0001-77 TEOT 11787

OBS:



Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

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



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>					
TERAPÊUTICA 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, TERAPÊUTICA, 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: *CEFALÉXINA E DÍPIRONA*

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



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.354.258	DATA DE EMISSÃO	27/04/2015
NOME	ANDREZA BATISTA DE LIMA		
FILIAÇÃO	NELSON BATISTA DE LIMA ELIZABETE FONTES DE OLIVEIRA		
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB	DATA DE NASCIMENTO	08/03/1976
DCC ORIGEM	CERT. NASC. Nº1592 - LV.A-02 - FLS.103 - CARTÓRIO CONCEIÇÃO-PB		
CPF	000.000.000-00		

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPARTILHADO

PREV PREVIDENCIA S/A

24 SET. 2018

AG. PROTOCCLO

ÇÃO PESSOA





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

Nome
JOSE EDUARDO DA SILVA

DOC. IDENTIF. Nº / DATA EMISSÃO
1054562 633 28

CIT
455.536.024-91

DATA NASCIMENTO
02/04/1967

Função
JOSÉFA GERVASIO DA SILVA

PERMISSÃO
A

RG
00724352182

DATA
10/11/2014

1ª EMISSÃO
06/04/1969

Observações
A

Assinatura do Portador
João Pessoa

Assinatura do Emissor
Rodolfo Chaves

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

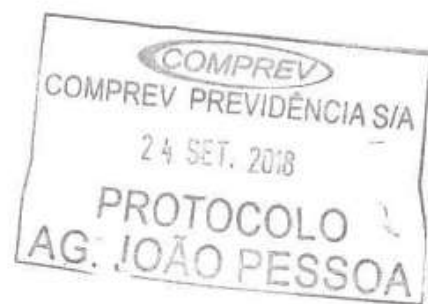
DATA EMISSÃO
11/11/2014

60378988459
98029545609

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1009001575

PROVIDOS PLASTIFICAR
1009001575



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:

Karla Souza



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:
Andreza Batista de Lima
 brasileiro(a), estado civil solteira, profissão Diarista,
 CI RG nº 4.364-256
 CPF/MF nº 711.227.774-42, residente e domiciliado(a) à Rua
das Bejônias 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.



CARTÓRIO CELEIDA
 1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
 COMARCA DA CAPITAL
 REGISTRO CIVIL - SERVIÇO DE REGISTRO CIVIL - REGISTRO CIVIL - REGISTRO CIVIL - REGISTRO CIVIL
 CANCELAMENTO - Por Autenticidade a firma de ANDREZA BATISTA
 LIMA, [11/3/2018], J. Pessoa - PB, 13/09/2018 11:21:39 Emol
 R\$ 9,48 Farpem: R\$ 0,28 Fepi: R\$ 1,90, ISS: R\$ 0,47, Em test da
 verdade. Tabela CELEIDA, CPMF/ FEEJRA SILVA, Selo
 Digital AF008957-0573 01/09/2018, em 6/11/2018
<https://selodigital.titb.tpb.br/consultas>

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

João Pessoa, 13 de setembro de 2018.

X Andreza 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

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª 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



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