



Número: **0823661-31.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.543,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MIRIAM MARIA DA SILVA (AUTOR)		SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38492336	18/01/2021 20:12	Petição	Petição
38492337	18/01/2021 20:12	2619575_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
38492338	18/01/2021 20:12	2619575_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180436261 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 27/09/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO COM LESÃO DO EXTENSOR.
TRAUMA CONTUSO NO QUADRIL ESQUERDO E PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO DE IML Nº03.01.07.112016.010496 - QUESITO 6 - SIM.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343493/18

Número do Sinistro: 3180436261

Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA

CPF: 692.363.214-53

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/09/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MIRIAM MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Laudo do IML - Lesões corporais

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: 02/04/2019
Nome: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA
CPF: 008.131.284-98

JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/04/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180436261 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 27/09/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO COM LESÃO DO EXTENSOR.
TRAUMA CONTUSO NO QUADRIL ESQUERDO E PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343493/18

Número do Sinistro: 3180436261

Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA

CPF: 692.363.214-53

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/09/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MIRIAM MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/01/2019
Nome: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA
CPF: 008.131.284-98

JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2019
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



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:	09/04/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	337,50
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIRIAM MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000016864-3

Nr. da Autenticação 24A3B99F26A49834



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MIRIAM MARIA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180436261**

Vítima: **MIRIAM MARIA DA SILVA**

Data do Acidente: **27/09/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180436261**.

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 13384750

Pag. 00449/00450 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: MIRIAM MARIA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180436261
Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA
Data do Acidente: 27/09/2015
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180436261**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00229/00230 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13390985





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

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180436261

Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 27/09/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MIRIAM MARIA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00687/00688 - carta_03 - INVALIDEZ

00687344



Carta nº 13868114





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

Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180436261

Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 27/09/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MIRIAM MARIA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: MIRIAM MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 337,50

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 0000016864-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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:

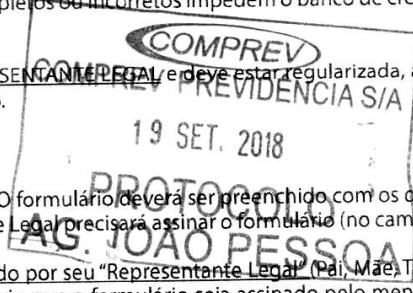
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

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
---------------------------	---------------	-------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Miriam Maria da Silva</i>	CPF titular da conta <i>092.363.214-53</i>	Profissão
Endereço <i>R. Amador de Oliveira, 100 - Jd. Pimenta</i>	Número <i>51N</i>	Complemento
Bairro <i>Jardim Veneza</i>	Cidade <i>João Pessoa</i>	Estado <i>PB</i>
E-mail <i>toluereadvocacia@10@hotmail.com</i>	CEP <i>58800-000</i>	Telefone (DDD) <i>83 3222-1088</i>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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 type="checkbox"/> RECUSO 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
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <i>0036</i> D/V <i>013</i> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <i>16564</i> D/V <i>3</i> (Informar dígito se existir)	BANCO Nome <i>CAIXA ECONÔMICA FEDERAL</i> NRO. <i>0001</i>	AGÊNCIA NRO. <i>0001</i> D/V <i>000</i> (Informar dígito se existir)
		CONTA NRO. <i>0001</i> D/V <i>000</i> (Informar dígito se existir)	

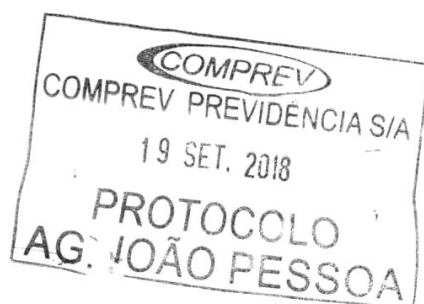
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

João Pessoa, 14 de *setembro* de 2018
Local e Data

** Miriam Maria da Silva*
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL

Rua Manoel Rufino da Silva, SN, Central de Polícia - João Paulo II, João Pessoa - PB, CEP: 58076-005



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 3519/2015

Aos vinte e oito dias do mês de outubro do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo Policial Civil de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 12:10h, compareceu o (a) Senhor (a): **MIRIAM MARIA DA SILVA**, brasileira, natural de Carpina/PE, viúva, com 51 anos de idade, autônoma, ensino fundamental incompleto, filha de Manoel Severino da Silva e de Maria das Dores da Silva, RG 1.371.705-2ª via-SSP/PB, residente na Rua Comerciante José Joaquim da Silva, Qd. C, Lt. 4, Jd. Veneza, João Pessoa/PB, o (a) qual notificou o seguinte: QUE no dia 27/09/15, por volta das 15:40h, ao sair de seu trabalho da Feira de Oitizeiro, no bairro de Cruz das Armas, nesta, quando foi atravessar a referida avenida foi atropelada por uma motocicleta não identificada; QUE o motociclista não caiu da motocicleta e evadiu-se do local; QUE pessoas do local vieram a seu socorro; QUE devido ao fato veio a sofrer lesão em mão direita, entorse de quadril e de pé esquerdo, sendo admitida no Pronto Socorro Central de Fraturas no dia 29/09/15, por volta das 08:47h, onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 28 de outubro de 2015.

Miriam Maria da Silva
Notificante

Fabiano Alves
Policial Civil

Serviço Registral Alcântara Brito

Av. Cruz das Armas, 499

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.
João Pessoa, 17 de agosto de 2016.

Em teste da verdade
Maricélia da Silva Luz - Escrevente autorizada

* Selo: AN035532-65VK *

Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Maricélia da Silva Luz
Escrevente Autorizada





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL
C: 733715 Laudo nº: 03.01.07.112016.010496



LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Sanidade física

Data do exame: 22/11/2016 Hora do exame: 00:00


Órgão Requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos. nº da Solicitação: 388/2016 Autoridade Solicitante: Francisco Deusdedit Leitão Filho. Nome: MIRIAM MARIA DA SILVA, 51anos, sexo: feminino, Raça/cor: parda, filho(a) de: Manoel Severino da Silva e de: Maria das Dores da Silva, Estado civil: viúvo(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: Carpina/PE. Profissão: autônomo(a).

HISTÓRICO: refere que foi vítima de atropelamento no dia 27/09/2015, por volta das 15:40 horas, na Avenida Cruz das Armas.

DESCRIÇÃO: A examinada apresenta flexo vicioso na falange distal do 5º quirodáctilo direito. Movimentos de flexão dos quirodáctilos dentro da normalidade assim como também a força de preensão da mão direita.

QUESITOS:

- 1) O paciente acha-se curado das ofensas físicas recebidas? SIM.
- 2) No caso negativo, quantos dias mais serão necessário para sua completa cura? PREJUDICADO.
- 3) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? NÃO.
- 4) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 5) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 6) Resultou deformidade permanente? SIM, DISCRETA DEFORMIDADE PERMANENTE POR FLEXO VICIOSO DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.


Dr(a). Francisca Divina Silveira de Melo
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:078.463-0 CRM 3272/PB





Central Fraturas

PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS

C.N.P.J.: 08682890000170

End.: PEDRO II - Bairro: CENTRO - CEP: 58013-000

Cidade: JOÃO PESSOA - Estado: PB - Telefone: 3221-3307

PRONTUARIO: 207174

DADOS PESSOAIS

Prontuário: 207174

Nome: MIRIAM MARIA DA SILVA

Profissão: DO LAR Identidade: 1371705 O.E: CPF: 69236321453

Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Sexo: FEMININO

End.: Q C L 4

Cidade: JOAO PESSOA

Convenio: SUS-SECRETARIA MUNIC

Carteira:

Plano:

FICHA DO PACIENTE

DATA/HORA: 29/09/2015 08:47:02

Nasc.: 11/10/1964 - 50 Anos, 11 Meses

Pai: MANOEL SEVERINO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Cor: BRANCA

Bairro: JARDIM VENEZA

Cod. Município: 250750

Fone: 987813608

Médico: MANOEL MARQUES DA NOBREGA

Tipo Atend.: SEGUIMENTO Indicação:

Venc.: 29/09/2015

Recep.: NAVILLA

HISTÓRIA DO CASO:

EXAME OBJETIVO:



DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

lesão tendão extensor do 4º dedo
+ entorse do quadril + entorse do subscap
+ fratura do hálux E.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

rx mão 1º e 2º + rx quadril
ant + rx do subscap + rx pé + rx de
mão 3º e 4º

TRATAMENTO REALIZADO:

14/10/15 - rx mão ant + rx pé +
revisto em fratura + lesão tendão extensor
e quadril +



MIRIAM MARIA DA SILVA
RUA JOSE RODRIGUES DA SILVA, 140 - JARDIM...
JOAO PESSOA - PB - CEP 58000-000 (AB 1)

Classificação: PENDING
Folios: 3 - 2 - 646 - 3210
IP medidor: 0000001502

Revised 4/21/01
Revised 10/24/01

Código para Débito Automático: 0001172913

Código para Débito Automático: 00011172913

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

Conta referente a

Unidade Consumidora): 5/1117291-3

Canal de contato

Abr / 2016

Apresentação

06/04/2016

Data prevista da próxima leitura

06/05/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

89235321403

Requisitos em atraso

11/12/2011

**Histórico de Consumo
(kVh)**

Mar/18	121
Feb/18	100
Jan/16	122
Dec/15	91
Nov/15	107
Oct/15	91
Sept/15	100
Aug/15	98
Jul/15	95
Jun/15	97
May/15	97
Apr/15	83

Media dos últimos meses

RESERVADO AO FISCO

3f0c.01ec.c9f6 3ed8.2f0e.f1ee.9af3 ba99

Indicadores de Qualidade 2019 - Muscarelli

Indicadores de Qualidade	Limites da ANEL	Acurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,80	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	11,10		
DIC ANUAL	22,21		
FIC MENSAL	3,50	0,00	CONTRAÇÃO
FIC TRIMESTRAL	6,97		LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	13,95	0,00	LIMITE SUPERIOR
DMIC	3,20		

Composição do valor total da sua conta

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Serviços de Util. da Energia el. B	17,32	24,81
Compra de Energia	22,70	32,52
Serviços de Transmissão	1,36	1,95
Energias Setoriais	7,87	7,87
Impostos Diretos e Encargos	22,93	32,85
Gastos Gerais	0,00	0,00
Total	69,80	100,00

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

19 SET. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



ina Grande

Unimed

Campina Grande

Unimed

Em 31/04/2018
Vencimento: 18/09/2018

Unimed

Campina G

ANS nº 367397

Cam

|||||

4335025690008

JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA
R JOAO MACHADO 879
CENTRO
58013-520 JOAO PESSOA - PB

med
na Grande

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



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 Justina Tolares Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.135.284 / 98 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Miriam Maria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 692.363.214 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura Incêndio da Vítima Miriam Maria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 692.363.214 / 53, 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>R. João Machado</u>		Número <u>948</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58013-520</u>
Email <u>Tolaresadiv@live.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>93 3222-1088</u>	Telefone celular (DDD)	

João Pessoa, 14 de setembro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante
Justina Tolares Silva
ADVOGADA
OAB-PB 12519

DLDR001 V001/2017





PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS

C.N.P.J.: 08682890000170

End.: PEDRO II - Bairro: CENTRO - CEP: 58013-000

Cidade: JOÃO PESSOA - Estado: PB - Telefone: 3221-3307

PRONTUARIO: 207174

DADOS PESSOAIS

Prontuário: 207174

FICHA DO PACIENTE

DATA/HORA: 29/09/2015 08:47:02

Recep.: NAVILLA

Nome: MIRIAM MARIA DA SILVA

Nasc.: 11/10/1964 - 50 Anos, 11 Meses

Profissão: DO LAR Identidade: 1371705 O.E: CPF: 69236321453

Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Pai: MANOEL SEVERINO DA SILVA

Sexo: FEMININO

Cor: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO

End.: Q C L 4 Bairro: JARDIM VENEZA

Cidade: JOAO PESSOA Estado: PB Cod. Municipio: 250750 Fone: 987813608

Convenio: SUS-SECRETARIA MUNIC

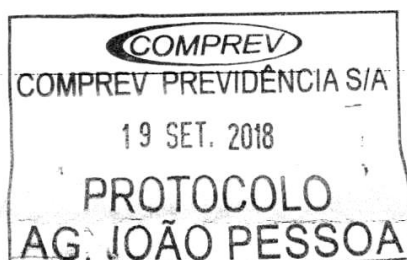
Médico: MANOEL MARQUES DA NOBREGA

Carteira: Tipo Atend.: SEGUIMENTO Indicação:

Plano: Venc.: 29/09/2015

HISTÓRIA DO CASO:

EXAME OBJETIVO:



DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

lesão tendão extensor do 1º dedo
+ entorse do quadril + entorse do subglóide
+ fratura do hálux E.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

rx mão 1º dedo + rx quadril
ant + rx do subglóide + rx pé + rx de
mão 2º dedo

TRATAMENTO REALIZADO:

14/10/15 - rx mão 1º dedo + luva +
revendo em fratura + lesão tendão extensor
do 1º dedo





folha no 207174

↑ Miriam Maria da Silva

Paciente atendida neste serviço
após atropelamento por uma
moto (sic) com uso de tábua e
tubo de fixação de quadril e de pé. O pé -
tubo apresentou também fratura.
De alta do caso.

João Pessoa, 20/10/15

[Handwritten signature]

MATRIZ
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro
Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

Dr. Manoel Marques da Nobrega
CPF: 044.943.894-20 CRM: 0689
Ortopedia e Traumatologia





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Miriam Moura da
Almeida

União Médica

Prescrever com dose
edema e fiteca
dos joelhos dos pés
de corte de pele
Amorço Amarelo
Limpar com
Arto plástico pelo
se Amarelo
Vale para
Amarelo
C.D.M.O.

Assinatura e Carimbo

18/01/18





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

SOME:

NAME: Muhammad Usaid
She

the

Chond. pedicels

Lado norte de scotch
 de luto. Apareceu
 fogueira de luto de
 3 de 100 lat (D),
 de de fene de 100 e
 de 10 de IFD
 de 10 de QM.
 1 fogueira, 10 de 100
 e in 5626

de luto. Shoretense
se pade de luto do

5' deep lat (10)

Re of form deck + PD

He is (do IFB)
QNN

do 6-2117.
X polio vaccine prep

81
P 10 5626

Assinatura e Carimbo

181218

Assinatura e Cliché

1812181





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

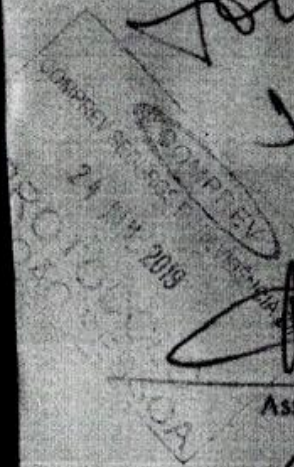
NOME:

Miriam Nogueira
de Lencastre

Uso oral

(1) Agis e retard -
10x

10 dias em
1x ao dia
(7 dias)



[Signature]

Dr. Tereza Gomes Torres
Ouro Preto - Minas Gerais
CNPJ nº 08.907.000/0001-00

Assinatura e Carimbo

18/01/18





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME

Enfermeira Quirina
de trabalhar no
seu estabelecimento
por um período 3
(três meses).

EID = M 17.0.

Dra. Nélia Nery de L. Freire
Médica
CRM 3477

8/2/18

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME

Atestado

Atestado para a
divulgar fins que
minimam mais do
seu e portadora
do processo atenuar
seus (atividade, atenuar
estressante, lidar
do com vinteiros
dos atenuar
principalmente
atenuar no momento





PREFEITURA DE
JOÃO PESSOA
PRA VIVER MELHOR



Unidade de Atendimento

CAIS JAGUARIBE

Centro de Atenção Integral à Saúde

Av. Alberto de Brito, s/n - Jaguaribe

CNPJ: 08.806.764/0001-45
CEP 58015-520



PREFEITURA DE
JOÃO PESSOA
PRA VIVER MELHOR



Unidade de Atendimento

CAIS JAGUARIBE

Centro de Atenção Integral à Saúde

Av. Alberto de Brito, s/n - Jaguaribe

CNPJ: 08.806.764/0001-45
CEP 58015-520

Minian Marcete
Silva

Laudo médico
Suscate pertencente
do e do art. 170
de ambos os
folhos grau IV
e debrui-t-l
em grau A

Dr. José Gutemberg Cruz de Lima

TRAUMATO - ORTOPEZIA
CRM 1738 - CPF 140.536.954-50
Metr 2574125

Assinatura do Profissional com Carimbo
Metr 2574125

1ª via-usuário

2ª via-unidade de saúde



mesmo na
tem mais
confiáveis e
trabalhar na
sua profissão
e o 17.0
JR 20/07/2016

Dr. José Gutemberg Cruz de Lima

TRAUMATO - ORTOPEZIA
CRM 1738 - CPF 140.536.954-50

Assinatura do Profissional com Carimbo
Metr 2574125
2ª via - unidade de saúde

Melhor sua letra: uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente
Av. Epitácio Pessoa, 1324 - Torre/João Pessoa-PB - Fone: (83) 3214.7922

1ª via-usuário

2ª via-unidade de saúde





SUS
CAIS JAGUARIBE
Centro de Atenção Integrada à Saúde
Av. Alberto de Brito, S/N - Jaguaribe
CEP: 58.015-320
Tel. 3214-3425 / 3214-7922

Unidade de Atendimento

RECEITUÁRIO

condições de
vitalidade do
do sugere
nos for
de o
para a
dos
CIA 17170



24/05/2016
Dr. José Gutemberg Cruz de Lima
TRAUMATO - ORTODONTIA
CRM 17170 - QUITO 13.05.03
Márcio Cruz de Lima

ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARIMBO
2ª via - unidade de saúde

Melhorar sua letra: uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente
Av. Epitácio Pessoa, 1324 - Torre João Pessoa-PB - Fone: (83) 3214-7922

1ª via-usuário

2ª via-unidade de saúde



SUS
CAIS JAGUARIBE
Centro de Atenção Integrada à Saúde
Av. Alberto de Brito, S/N - Jaguaribe
CEP: 58.015-320
Tel. 3214-3425 / 3214-7922

Unidade de Atendimento

RECEITUÁRIO

Apresentar
Lancamento
Pacientel
quinta-feira
e no dia 10 de
antes a recepção
de exames
e fotos e
apresentar
Dr. José Gutemberg Cruz de Lima
TRAUMATO - ORTODONTIA
CRM 17170 - QUITO 13.05.03
Márcio Cruz de Lima

Melhorar sua letra: uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente

JOÃO PESSOA
CAIS SUS
 Centro de Atenção Integrada à Saúde
 Av. Alberto de Brito, S/N - Jaguaré
 Unidade de Atendimento CEP: 58.015-320
 Tel. 3214.7922

RECEITUÁRIO

*7120 - Gm. 1
 S.P.*

14

*Proflav 100mg
 5-1-1
 12/15*

24/05/16

Dr. José Gutemberg Costa da Silva
 CRM 1738 - CPB 520.004-53
 ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARIÓTIPO
 Melhorar sua saúde: uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente
 Av. Epitácio Pessoa, 1324 - Torre João Pessoa-PB - Fone: (33) 3214.7922
 1ª via-usuário 2ª via-unidade de saúde

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MIRIAM MARIA DA SILVA 2175013
DENSITOMETRIA ÓSSEA DA COLUNA E FÊMUR
DR. BRAULIO CAVALCANTI MELO

CEDRUL CENTRO
SUS
18/08/2016

RESULTADO POR REGIÕES DA DENSITOMETRIA

COLUNA VERTEBRAL:	Normal. (-0,9 DP)
COLO DO FÊMUR:	Normal. (-0,3 DP)
TRIÂNGULO DE WARD:	Massa óssea diminuída, (-1,9 DP)
TROCÂTER:	Normal. (-0,5 DP)
FÊMUR TOTAL:	Normal. (-0,8 DP)

OBSERVAÇÕES

DEFINIÇÃO DE OSTEOPOROSE:

Osteoporose é definida como um estado de redução da massa óssea por unidade de volume com proporções normais de matriz óssea e minerais. Esta condição não é uma entidade nosológica única, e sim um estado patológico que pode resultar de vários distúrbios da homeostase do tecido ósseo.

INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:

- I. **Normal** – Densidade óssea acima de -1 desvio padrão (DP) com relação ao adulto jovem*.
- II. **Massa Óssea Diminuída** – Densidade mineral óssea entre -1DP e -2,4DP em relação ao adulto jovem. Usa-se o termo osteopenia para descrever a existência deste grau de redução da massa óssea na ausência de sinais e sintomas decorrentes de osteoporose (**Sinônimo: osteopenia**).
- III. **Osteoporose** – Densidade mineral óssea inferior a -2,4 DP em relação ao adulto jovem.

*(Pico de massa óssea)

INTERPRETAÇÃO: (A) Em relação ao pico de massa óssea (adulto jovem): Ver classificação acima. (B) Em relação aos referenciais para a faixa etária: São normais: colo do fêmur (+0,1 DP), trocâter (-0,6 DP) e fêmur total (-0,6 DP). Acima do limite superior da normalidade a coluna vertebral (+1,1 DP). Há desmineralização importante no T. de Ward (-1,2 DP).

Dr. Sterio Dantas Carneiro
CRM 2178



Este é um exame complementar, e como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação e decisão.
Pag 1 de 2.

www.cedrul.com.br | cedrul@cedrul.com.br

Tambauzinho - Av. Ruy Carneiro, 283 - Fone: (83) 3227.1500 - João Pessoa
Centro - Av. Camilo de Holanda, 52 - Fone: (83) 3214.5151 - João Pessoa
Bancários - Rua Sérgio Guerra, 176 - Fone: (83) 3214.5700 - João Pessoa



MIRIAM MARIA DA SILVA 2175013
DENSITOMETRIA ÓSSEA DA COLUNA E FÊMUR
DR. BRAULIO CAVALCANTI MELO

CEDRUL CENTRO
SUS
18/08/2016

RESULTADO POR REGIÕES

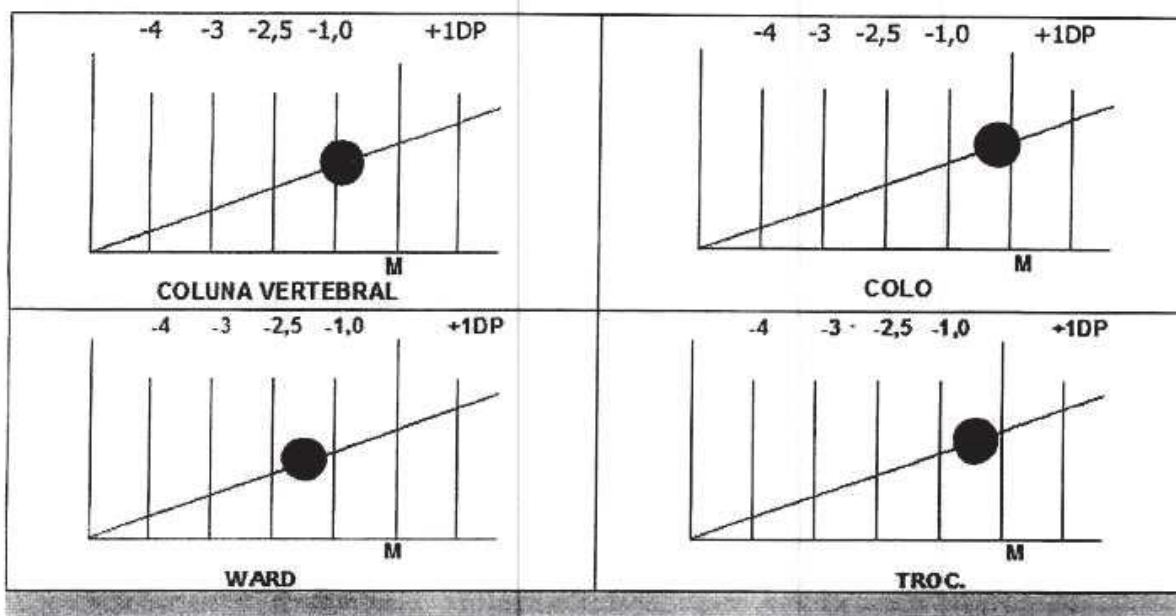
Adulto Jovem:

Faixa Etária

COLUNA VERTEBRAL:	109%	111%
COLO DO FÊMUR:	97%	101%
TRIÂNGULO DE WARD:	73%	81%
TROCÂTER:	93%	92%
FÊMUR TOTAL:	90%	92%

M = Média

DP = Desvio Padrão



OBSERVAÇÕES:*****

Dr. Stênio Dantas Carneiro
CRM 2178

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
02 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Este é um exame complementar, e como tal, deverá ser
analisado pelo médico assistente para correlação e decisão.
Pag 2 de 2.

www.cedrul.com.br | cedrul@cedrul.com.br

Tambauzinho - Av. Ruy Carneiro, 283 - Fone: (83) 3227.1500 - João Pessoa
Centro - Av. Camilo de Holanda, 52 - Fone: (83) 3214.5151 - João Pessoa
Bancários - Rua Sérgio Guerra, 176 - Fone: (83) 3214.5700 - João Pessoa



**PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS**

C.N.P.J.: 08682890000170

End.: PEDRO II - Bairro: CENTRO - CEP: 58013-000

Cidade: JOÃO PESSOA - Estado: PB - Telefone: 3221-3307

PRONTUARIO: 207174

DADOS PESSOAIS

Prontuário: 207174

Nome: MIRIAM MARIA DA SILVA

Profissão: DO LAR Identidade: 1371705 O.E: CPF: 69236321453

Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Sexo: FEMININO

Cor: BRANCA

End.: QCL4 Bairro: JARDIM VENEZA

Cidade: JOAO PESSOA Estado: PB Cod. Município: 250750 Fone: 987813608

Convenio: SUS-SECRETARIA MUNIC

Carteira: Tipo Atend.: SEGUIMENTO Indicação:

Plano: Venc: 29/09/2015

FICHA DO PACIENTE

DATA/HORA: 29/09/2015 08:47:02

Nasc.: 11/10/1964 - 50 Anos, 11 Meses

Pai: MANOEL SEVERINO DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Recep.: NAVILLA

HISTÓRIA DO CASO:**EXAME OBJETIVO:****DIAGNÓSTICO CLÍNICO:**

lesão tendão extensor do 5º dedo mão
+ entorse do quadril + entorse do ombro
+ fratura do hálux E.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

rx mão 1º e 2º + 3º e 4º + 5º
+ rx quadril + rx ombro + rx pé + rx de
mão 1º e 2º

TRATAMENTO REALIZADO:

14/10/15 - rx mão 1º e 2º + 3º e 4º +
revisão em fratura + lesão tendão extensor
do quadril +





Centro Fraturas

PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS

C.N.P.J.: 08682890000170

End.: PEDRO II - Bairro: CENTRO - CEP: 58013-000

Cidade: JOÃO PESSOA - Estado: PB - Telefone: 3221-3307

PRONTUARIO: 207174

DADOS PESSOAIS

Prontuário: 207174

Nome: MIRIAM MARIA DA SILVA

Profissão: DO LAR Identidade: 1371705 O.E: CPF: 69236321453

Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Sexo: FEMININO

Cor: BRANCA

End.: Q C L 4 Bairro: JARDIM VENEZA

Cidade: JOAO PESSOA Estado: PB Cod. Municipio: 250750 Fone: 987813608

Convenio: SUS-SECRETARIA MUNIC

Carteira: Tipo Atend.: SEGUIMENTO Indicação:

Plano: Venc.: 29/09/2015

FICHA DO PACIENTE

DATA/HORA: 29/09/2015 08:47:02

Nasc.: 11/10/1964 - 50 Anos, 11 Meses

Pai: MANOEL SEVERINO DA SILVA

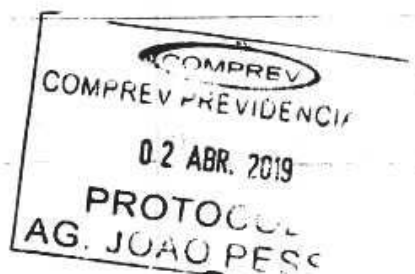
Estado Civil: SOLTEIRO

Recep: NAVILLA

Médico: MANOEL MARQUES DA NOBREGA

HISTÓRIA DO CASO:

EXAME OBJETIVO:



DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

lesão tendão extensor do 1º dedo
+ entorse do quadril DX + entorse do ombro DE
+ fratura do hálux E.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

1º dedo DX + 1º dedo DE + quadril DX
+ fratura do hálux E + fratura do 1º dedo DE
+ fratura do 1º dedo DE

TRATAMENTO REALIZADO:

14/10/15 - 1º dedo DX + 1º dedo DE + fratura
reverte em fratura + lesão tendão extensor
do 1º dedo DE





folha no 207174

↑ Miriam Maria da Silva

Paciente atendida neste serviço
após atropelamento por uma
moto (sic) com lesão de tendão e
tumor do 5º quíquadrante D e anterior
e quadril e de pé. O 5º quí-
quadrante apresentou também fratura.
De alta do caso.

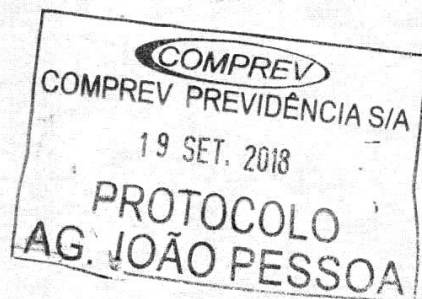
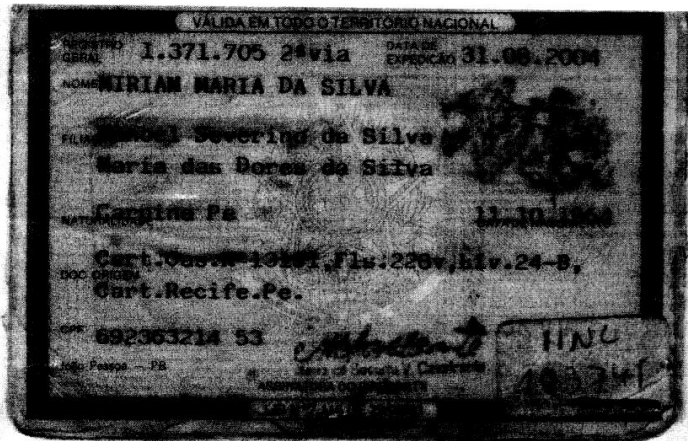
João Paulo, 28/10/15

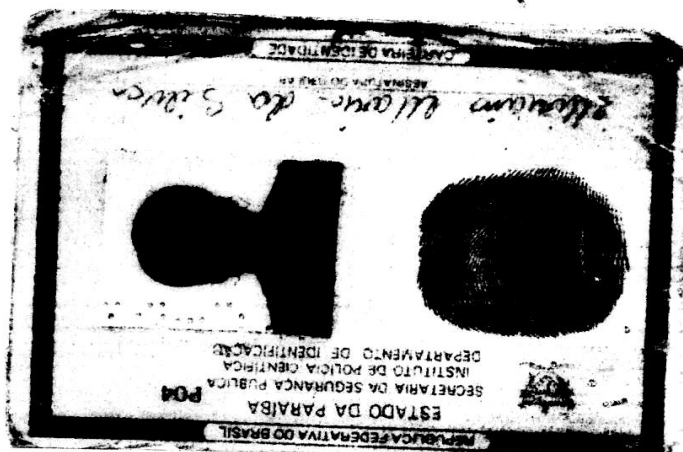
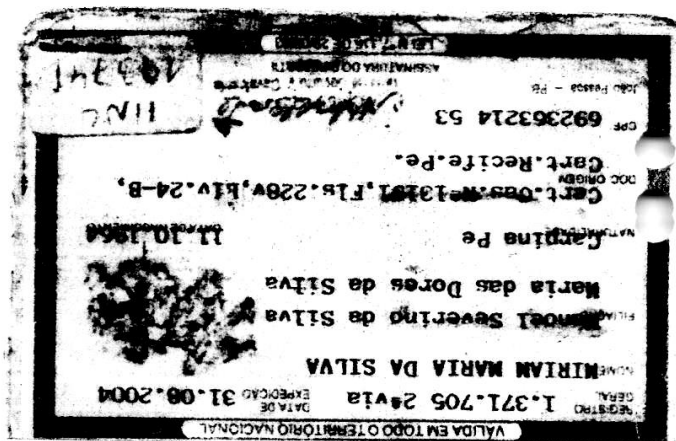
[Handwritten signature]

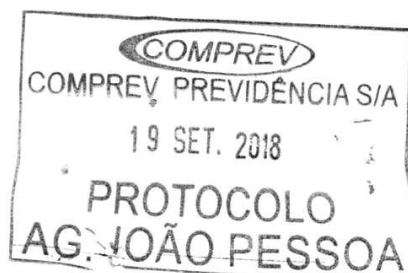
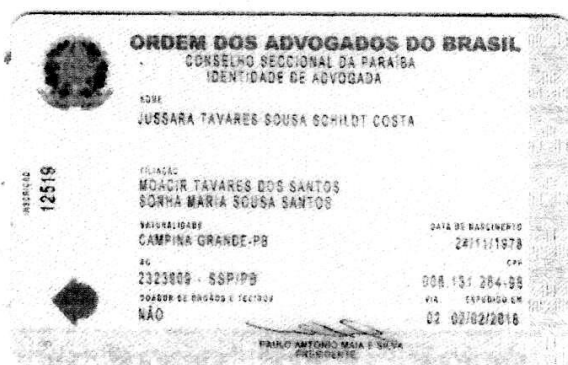
MATRIZ
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro
Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

Dr. João Paulo Marques da Nobrega
CPF: 044.943.894-20 CRM: 0689
Ortopedia e Traumatologia











GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL
C: 733715 Laudo nº: 03.01.07.112016.010496



LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Sanidade física

Data do exame: 22/11/2016 Hora do exame: 00:00


Órgão Requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos. nº da Solicitação: 388/2016 Autoridade Solicitante: Francisco Deusdedit Leitão Filho. Nome: MIRIAM MARIA DA SILVA, 51 anos, sexo: feminino, Raça/cor: parda, filho(a) de: Manoel Severino da Silva e de: Maria das Dores da Silva, Estado civil: viúvo(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: Carpina/PE. Profissão: autônomo(a).

HISTÓRICO: refere que foi vítima de atropelamento no dia 27/09/2015, por volta das 15:40 horas, na Avenida Cruz das Armas.

DESCRIÇÃO: A examinada apresenta flexo vicioso na falange distal do 5º quirodáctilo direito. Movimentos de flexão dos quirodáctilos dentro da normalidade assim como também a força de preensão da mão direita.

QUESITOS:

- 1) O paciente acha-se curado das ofensas físicas recebidas? **SIM.**
- 2) No caso negativo, quantos dias mais serão necessário para sua completa cura? **PREJUDICADO.**
- 3) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? **NÃO.**
- 4) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? **NÃO.**
- 5) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? **NÃO.**
- 6) Resultou deformidade permanente? **SIM, DISCRETA DEFORMIDADE PERMANENTE POR FLEXO VICIOSO DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.**


Dr(a). Francisca Divina Silveira de Melo
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:078.463-0 CRM 3272/PB



CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS - DPVAT.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO E NA MELHOR FORMA DE DIREITO, AS PARTES A SEGUIR QUALIFICADAS E ABAIXO ASSINADAS, DE COMUM ACORDO FIRMAM O PRESENTE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS, PARA OS FINS ADIANTE PACTUADOS:

DAS PARTES:

CONTRATANTE(S) E/OU CONSTITUINTE(S): MIRIAM MARIA DA SILVA, BRASILEIRA, VIÚVA, PENSIONISTA, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 692.363.214-53, RESIDENTE E DOMICILIADA NA RUA COMERCIANTE JOSÉ JOAQUIM DA SILVA, QD C, LT 4, JARDIM VENEZA, JOÃO PESSOA/PB.

DENOMINADO(A)(S) CONSTITUINTE(S).

CONTRATADA(S) E/OU CONSTITUÍDA(S): **JUSSARA TAVARES SANTOS SOUSA, BRASILEIRA, SOLTEIRA, ADVOGADA, INSCRITA NA OAB/PB 12.519 E SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA, BRASILEIRA, CASADA, ADVOGADA INSCRITA NA OAB/PB SOB O Nº 10.523, AMBAS COM ESCRITÓRIO NA AV. JOÃO MACHADO, 879, CENTRO, JOÃO PESSOA-PB. CEP 58013-520, DORAVANTE DENOMINADA(S) CONSTITUÍDA(S), SOLIDÁRIAS, QUE ATUARÃO NOS ATOS BUSCANDO O CUMPRIMENTO DESTA AVENÇA, EM CONJUNTO OU ISOLADAMENTE.**

FINALIDADE DO CONTRATO E DESEMPENHO DO MANDADO:

CLÁUSULA 1ª. O(A)(S) CONSTITUINTE(S) CONTRATA(M) OS SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS DA(S) CONSTITUÍDA(S) PARA, EM SEU NOME, OU DE PESSOA(S) POR ELE(A)(S) REPRESENTADA(S), AJUIZE **AÇÃO DE COBRANÇA REFERENTE À INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT**, JUNTO AO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL ESTADUAL, OU VARA DA COMARCA NA JUSTIÇA COMUM, FAZENDO USO DE TODOS OS MEIOS NECESSÁRIOS PARA O FIEL CUMPRIMENTO DO MANDADO, ENVIDANDO TODOS OS ESFORÇOS, BUSCANDO A OBTENÇÃO DO QUE FOR REQUERIDO, PLEITO DO(A)(S) CONSTITUINTE(S) E OBJETO DO PRESENTE CONTRATO.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:

CLÁUSULA 2ª. PELA PROPOSITURA DA AÇÃO JUDICIAL, ACOMPANHAMENTO, DEFENDENDO, ASSISTIDO, RECORRENDO, FAZENDO SUSTENTAÇÃO ORAL, OFERECENDO CONTRA-RAZÕES, ENFIM, UTILIZANDO TODOS OS INSTRUMENTOS NECESSÁRIOS PARA OBTENÇÃO DA INDENIZAÇÃO REQUERIDA, O(A)(S) CONSTITUINTE(S) PAGARÁ(ÃO) A(S) CONSTITUÍDA(S) O PERCENTUAL DE **30% (TRINTA POR CENTO)**, DOS VALORES LÍQUIDOS RECEBIDOS EM RAZÃO DA AÇÃO DE COBRANÇA PROPOSTA.

PARÁGRAFO ÚNICO: HAVENDO ACORDO ENTRE O CONTRATANTE E A PARTE CONTRÁRIA, NÃO PREJUDICARÁ O RECEBIMENTO DOS HONORÁRIOS CONTRATADOS.

DAS DESPESAS

CLÁUSULA 3ª. TODAS AS DESPESAS SERÃO PAGAS PELO CONTRATANTE, COM A CONSEQÜENTE EXPEDIÇÃO DE RECIBO, DEVIDAMENTE PREPARADO E ASSINADO PELO CONTRATADO.

DAS PENALIDADES

CLÁUSULA 4ª. AS PARTES ESTABELECEM QUE HAVENDO ATRASO NO PAGAMENTO DOS HONORÁRIOS SERÃO COBRADOS JUROS DE MORA NA PROPORÇÃO DE 1% (UM POR CENTO) AO MÊS, ALÉM DE CORREÇÃO MONETÁRIA.

DA RESCISÃO

CLÁUSULA 5ª. AGINDO O CONTRATANTE DE FORMA DOLOSA OU CULPOSA EM FACE DO CONTRATADO, RESTARÁ FACULTADO A ESTE, RESCINDIR O CONTRATO, SUBSTABELECENDO SEM RESERVA DE IGUAIS E SE EXONERANDO DE TODAS OBRIGAÇÕES.

DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS:

CLÁUSULA 6ª. AS PARTES DESDE JÁ ELEGEM O FORO DA COMARCA DE JOÃO PESSOA-PB, PARA DIRIMIR QUAISQUER DÚVIDAS ACERCA DO PRESENTE CONTRATO, POR MAIS PRIVILEGIADO QUE SEJA QUALQUER OUTRO. E, POR ESTAREM ASSIM, JUSTOS E CONTRATADOS FIRMAM O PRESENTE INSTRUMENTO EM 02 (DUAS) VIAS DE IGUAL TEOR, ASSINADO PELAS PARTES E DUAS TESTEMUNHAS PARA QUE SURTA OS JURÍDICOS E LEGAIS EFEITOS.

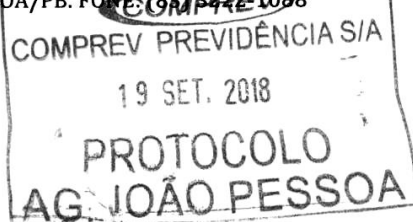
JOÃO PESSOA-PB, ____ DE ____ DE ____

Miriam Maria da Silva
CONSTITUINTE(S).

Suelio Moreira Torres
1ª TESTEMUNHA. RG. 2614852

Jussara Tavares Santos Sousa
CONSTITUÍDA(S)
ADVOGADA
OAB/PB 12519
Sayonara Tavares Santos Sousa
2ª TESTEMUNHA. RG. 3.624.535

AV. JOÃO MACHADO, Nº 879, CENTRO, JOÃO PESSOA/PB. FONE (81) 3442-1098



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180436261 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 27/09/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO COM LESÃO DO EXTENSOR.
TRAUMA CONTUSO NO QUADRIL ESQUERDO E PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO DE IML Nº03.01.07.112016.010496 - QUESITO 6 - SIM.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Miriam Maria da Silva, brasileira, solteira,
no CPF sob o nº 692.363.214-53, residente e domiciliada
na Rua Comendante José Joaquim da Silva, Ad. C,
67-4, Jardim Veneza, João Pessoa - PB, CEP 58.800-000

OUTORGADA(S): JUSSARA TAVARES SANTOS SOUSA, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PB sob o nº 12.519; **SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA**, brasileira, casada, Advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 10.523, **representantes da Sociedade de Advogados TAVARES ADVOCACIA**, inscrita no CNPJ sob o nº. 12.512.735/0001-83, inscrita na Ordem dos Advogados, Seção do Estado da Paraíba, sob o nº 276, no Livro B, no. 03, em 13 de agosto de 2010, conforme certidão SA 99/2010, com escritório situado na Av. João Machado, nº 879, Centro, João Pessoa/PB, CEP 58013-520, onde deverão receber intimações de estilo (art. 105 do CPC), **telefone (83) 3222-1088** são outorgadas neste ato para os seguintes poderes:

PODERES: Os da Cláusula "AD JUDITIA ET EXTRA" perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, até decisão final, usando todos os meios e recursos legais em representação do(a) outorgante, também, em qualquer órgão, empresas privadas ou públicas, sociedades de economia mista, etc., conferindo-lhe ainda **poderes específicos para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber valores, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo em conjunto ou separadamente**, podendo ainda, nas excepcionalidades forenses podendo, durante o curso da ação, ou mesmo após quaisquer de suas fases processuais ou procedimentais substabelecer, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que se fizer jus (nos moldes do art. 85 do Código Processual Civil/2015).

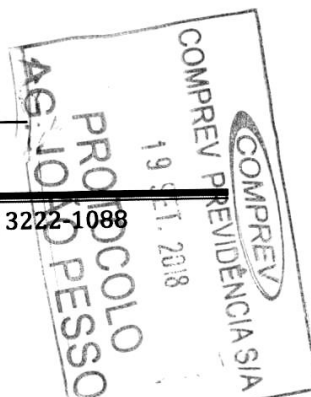
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declara, nos termos do art. 98 e 99 da lei nº 13.105/15 (CPC) e lei nº 7.115/83 art. 1, de 29 de agosto de 1983 (dispõe sobre prova documental), para o fim de obtenção do benefício de **JUSTIÇA GRATUITA**, que é necessitado(a) na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar as custas processuais, sem prejuízo do sustento próprio ou da família. Declara, ainda, ser conhecedor(a) das sanções civis, administrativas e criminais (art. 2º da lei nº 7.115/83), caso o presente documento não porte a veracidade.

João Pessoa, 14 de Setembro de 2018.

Miriam Maria da Silva
OUTORGANTE

Av. João Machado, nº 879, Centro, João Pessoa/PB. Fone: (83) 3222-1088



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Miriam Maria da Silva, brasileira, solteira, inscrita
no CPF sob o nº: 632.364.234-53, residente e domiciliada
na Rua Comendador João Pessoa da Silva, Qd. C L 7
4, Jardim Veneza, João Pessoa/PB, CEP: 58.800-000

OUTORGADA(S): JUSSARA TAVARES SANTOS SOUSA, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PB sob o nº 12.519; SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA, brasileira, casada, Advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 10.523, **representantes da Sociedade de Advogados TAVARES ADVOCACIA**, inscrita no CNPJ sob o nº. 12.512.735/0001-83, inscrita na Ordem dos Advogados, Seção do Estado da Paraíba, sob o nº276, no Livro B, no. 03, em 13 de agosto de 2010, conforme certidão SA 99/2010, com escritório situado na Av. João Machado, nº 879, Centro, João Pessoa/PB, CEP 58013-520, onde deverão receber intimações de estilo (art. 105 do CPC), **telefone (83) 3222-1088** são outorgadas neste ato para os seguintes poderes:

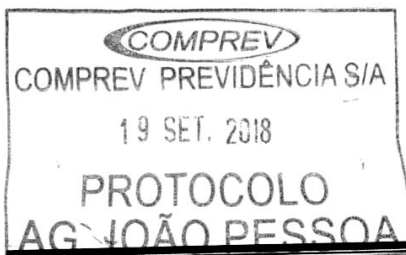
PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo minhas procuradoras, as outorgadas acima qualificadas, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo às outorgadas poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, **podendo substabelecer** e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para a vítima

05 JUL. 2018



João Pessoa, 14 de Setembro de 2018.

x Miriam Maria da Silva
OUTORGANTE



50870

SELO DIGITAL

Reconheço, como autêntica, a(s) Firma(s) de:.....
MIRIAM MARIA DA SILVA.....
Em test. da verdade. João Pessoa/PB, 14/09/2018 12:49:30
Carlos Antonio da S. Torres - Escrevente
(2018-016375) EMOL: R\$ 9,48 FAPEN: R\$ 0,30 PJR: R\$ 1,90 ISS: R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AWA84953-DNUO
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Av. João Machado, nº 879, Centro, João Pessoa/PB. Fone: (83) 3222-1088



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343493/18

Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA

CPF: 692.363.214-53

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 27/09/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MIRIAM MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA : 008.131.284-98

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

MIRIAM MARIA DA SILVA : 692.363.214-53

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: 19/09/2018
Nome: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA
CPF: 008.131.284-98

JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08236613120198152001

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 **MIRIAM MARIA 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:

DO LAUDO PERICIAL

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

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.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 14 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES

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



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 - 18/01/2021 20:12:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011820123258700000036705438>
Número do documento: 21011820123258700000036705438

Num. 38492338 - Pág. 2