

Quesitos para a perícia:

1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:

2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.

3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?

4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.

5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?

6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?

7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?

8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?

9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.







**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 221204 (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

101675094-38

Nome completo da vítima

Aline G. da Conceição

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Aline Generosa da Conceição	CPF titular da conta 101675094-38	Profissão
Endereço Rua Luis Caldas de sa Barreto	Número 36	Complemento
Bairro Jacuama	Estado Paraná	CEP 58322000
Cidade Caxambu		Telefone (DDD)
Email		

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"/> RECURSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 4.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input 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 type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>	AGÊNCIA NRO. <input type="text"/>	D/V <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		(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.

1 Pessoa 19 de Outubro de 2017

Local e Data

+ Aline Generosa da Conceição

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Almeida Gomes da Conceição

RG nº 3764224, data de expedição 14/03/14, Órgão SSP/PA

CPF nº 101.675.094-38 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Lus Caldas de Sá Barreto</u>
Número	<u>nº 36</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Jacumã</u>
Cidade	<u>Osede-</u>
Estado	<u>Paraíba-PB</u>
CEP	<u>58322000</u>
Telefone de Contato	<u>987707362</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. Russom 19-10-2017

Assinatura do Declarante: Almeida Gomes da Conceição



EDGAR MENIGUEZ BEZERRA
RUA LAZ CALDAS DE SA BARRETO, 36 - JACUMA
CONDE / PB CEP: 5822000 (AG-1)
Emissão: 18/09/2017 Referência: Set / 2017
Classe/Subclasse RESIDENCIAL / RESIDENCIAL TRIFÁSICO
Roteiro 9 - 21 - 470 - 120 NP medidor D0008781801

ENERGISA
ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 665 053
Cód. para DAt. Automático: 00005977525

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Set / 2017	18/09/2017	18/10/2017	4000650459 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/597752-5

Canal de contato
Ao acessar www.energisa.com.br você resolve tudo o que precisa com agilidade e facilidade. São vários serviços disponíveis, como segunda via de conta, mudança de titularidade, ligação, consulta a débitos, entre outros.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias			
Data	Leitura	Data	Leitura						
17/09/17	17478	18/09/17	15302		929	22			
Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Valor Base	DAt	Alíq	Ítem (R\$)	Base Calc.	Por (R\$)	Cálculo (R\$)
0201	Consumo em kWh	829,000	0,575720	580,19	27	151,24	580,19	2,58	11,82
0801	Adic. B. Vermelha			15,41	27	4,18	15,41	3,07	0,32
0801	Adic. B. Amarela			13,28	27	3,59	13,28	0,09	0,29
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO ILLUM PUBLICA			27,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 07/2017			5,90	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 07/2017			11,49	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 833,38 588,55 158,33 589,55 2,88 12,42

Média (últimos meses (kWh)) 821
VENCIMENTO 25/09/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 633,38

Histórico de Consumo (kWh)
851 | 578 | 633 | 1022 | 889 | 851 | 991 | 877 | 901 | 907 | 891 | 830
Ago/17 | Jul/17 | Jun/17 | Mai/17 | Abr/17 | Mar/17 | Fev/17 | Jan/17 | Dez/18 | Nov/18 | Out/18 | Set/18

RESERVAÇÃO 47f0.3584.bdbe.4d2b.3444.d28b.aa8e.c200.

Indicadores de Qualidade			7/2017 - Cont'de		
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)		
DIC MENSA	8,67	1,00	NOMINAL 380		
DIC TRIMESTRAL	12,94				
DIC ANUAL	25,89				
PIC MENSA	3,87	0,00	CONTRATADA 350		
PIC TRIMESTRAL	7,26		LIMITE SUPERIOR 389		
PIC ANUAL	14,70				
DIC 3	3,80	0,30			
DIC 1	12,22				

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia e PB	152,55	24,08
Compra de Energia	198,51	31,03
Serviço de Transmissão	23,43	3,70
Encargos Setoriais	42,28	6,67
Impostos Diretos e Encargos	218,82	34,52
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	633,38	100,00

Valor do EUSD (Ref. 7/2017) R\$ 203,88

ATENÇÃO
REAVISO DE VENCIMENTO: Caso sua fatura esteja desatualizada, por favor, atualizá-la antes do vencimento para evitar a suspensão do fornecimento de energia. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o faturamento não seja comunicado por e-mail. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem.
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
Requisito Tarifário - Vigência 28/09/17-Res. ANEEL nº 2.291-Subclasse Tensão 18,94% Médio
Requisito Tarifário - Vigência 28/09/17-Res. ANEEL nº 2.291- Alta Tensão 18,20% Médio

PARAIBA
Telefone: 51 - 470 - 120
Matrícula: 597752-2017-09-8
VENCIMENTO 25/09/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 633,38

83640000006-0 33380054000-2 05977522017-7 09800021019-9
[Barcode]





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01890.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01890.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:32 horas do dia 11 de outubro de 2017, 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 Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **ALINE GENEROZA DA CONCEIÇÃO**, CPF nº 101.675.094-38, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Terezinha Generoza da Conceição e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/02/1978 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Luiz Caldas de Sá Barreto, Nº 36, complemento casa, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Rosa dos Ventos, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 98770-7362.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Luiz Caldas de Sá Barreto, nº 36, Casa, Rosa dos Ventos, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/05/17 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE CONDUZIA O CICLOMOTOR SHINERAY DE COR VERMELHA ANO 2015, PLACA QFM-9988-PB, CHASSI Nº 99HPH1050GS000700, EM NOME DE VALDECI RUFINO DOS SANTOS, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA CRM PB 2329, DATADO DE 14/09/2014.

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

João Pessoa/PB, 11 de outubro de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


ALINE GENEROZA DA CONCEIÇÃO
Noticiante

Procedimento Policial: 01890.01.2017.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Almeida Genuzo da Conceição, portador da carteira de identidade nº 3764224 e inscrito no CPF/MF sob o nº 101675094-38, residente e domiciliado na Rua Luis Caldas de Sá Barreto nº 36, Cidade Parade, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Almeida Genuzo da Conceição

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

L. Pessoa 19 de outubro de 2017

Local e data



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.764.224 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 14/03/2014

NOME ALINE GENEROZA DA CONCEIÇÃO

FILIAÇÃO TEREZINHA GENEROZA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB

DOC ORIGEM NASC.N. 87632 FLS. 192 DATA 131

CAPTÓRIO 3 JOÃO PESSOA-PB 101 675 094-38

DATA DE NASCIMENTO 28/02/1978

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

ALINE D. GENEROZA DA CONCEIÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL - 02

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO P-017

D. PARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

14/03/2014

101 675 094-38



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valderi Rufino dos Santos
Portador do RG nº 33.286, data de expedição 20/01/1994
Órgão _____, portador do CPF nº 713.540.50487 com domicílio na cidade
de Conde, no Estado de Paraíba, onde resido na
(Rua/Avenida/Estrada) José Alvaro dos Santos
nº 519, complemento _____, declaro, sob as penas da
Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do
acidente ocorrido com a vítima Almeida Generosa da Conceição.

Veículo: CICLOMOTO
Ano: 23/12/2015
Modelo: SHINERAY/50
Placa: QFM 9988/PB
Chassi: 59 HP HJ050GS000700
Data do Acidente: 04/05/2017

Local e Data: Proximo à Parada Rosa dos Ventos,

ARACELI LOPES CARNEIRO

Valderi Rufino dos Santos

Assinatura do Declarante

AUTENTICADO



Registro Civil das Pessoas Naturais

Tabela de Valores

CARTÓRIO

Escritura - Protocolo

Autenticação - Firma

Assinatura - Outorga

Assinatura - Outorga

Assinatura - Outorga

Assinatura - Outorga

Assinatura - Outorga

Assinatura - Outorga

Assinatura - Outorga

Assinatura - Outorga

Assinatura - Outorga

Assinatura - Outorga

Assinatura - Outorga

Assinatura - Outorga

Assinatura - Outorga

Assinatura - Outorga

Assinatura - Outorga

Assinatura - Outorga

Assinatura - Outorga

Assinatura - Outorga

Verificação por autenticidade a(s) firma(s) de

VALDERI RUFINO DOS SANTOS

Dou fé, Conde/PB - 10/10/2017

Tabela de Valores

Selo Digital: AFX01991-3P86

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

Emol R\$8,88 ISS R\$0,44 Farpen R\$0,27 MP R\$0,27

R\$2,22

CNPJ 02.915.305/0001-55

CARTÓRIO LOPES CARNEIRO

Rua Nsa. Ribeiro s/nº

58.322-00, JACUMÁ, CEP: 58.322-00, CONDE-PB.



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: ALINE GENEROZA DO CONCEIÇÃO
Qualificação: Juiz
CPF/MF: 101675094-38 RG: 3764224 SSP/PB
Endereço: Rua Luis Caldas da Sá Barreto
Nº 38 Lacerma CEP. 58322000 Caetés-PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:


Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, de _____ de 2017.

Aline Generosa da Conceição
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410643/17
Vítima: ALINE GENEROZA DA CONCEICAO
CPF: 101.675.094-38

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/05/2017
Titular do CPF: ALINE GENEROZA DA CONCEICAO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ALINE GENEROZA DA CONCEICAO : 101.675.094-38

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/10/2017
Nome: ALINE GENEROZA DA CONCEICAO
CPF/CNPJ: 101.675.094-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2017
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

ALINE GENEROZA DA CONCEICAO

Sandra Maria Accioly Pedrosa





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ALINE GENEROZA DA CONCEIÇÃO
DATA DE NASCIMENTO	28/02/78
NOME DA MÃE	TEREZINHA GENEROZA DA CONCEIÇÃO

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	101.858
BOLETIM DE ENTRADA N.º	998.254
DATA DO ATENDIMENTO	04/05/17
HORA DO ATENDIMENTO	15:05
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
CID 10	S42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em ombro esquerdo, com dor, edema e deformidade do ombro. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura de clavícula esquerda. Internação. Operada e evoluiu sem intercorrências.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro esquerdo AP

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula esquerda.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula esquerda.

ALTA HOSPITALAR: 15/05/17

DATA DA EMISSÃO: 14/09/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Boletim de Atendimento: 998254

ACOLHIMENTO, em - - - CNES: 123312 - Tel.:

GERAL

Identificação do paciente	
ID	Nome
1167295	ALINE GENEROZA DA CONCEICAO
Data de nascimento	Idade
28/02/1978	39 anos 2 meses 6 dias
Mãe	
TEREZINHA GENEROZA DA CONCEICAO	
Escolaridade	
DDD Móvel	
83	Fone Móvel
	987136562
Tipo documento	
RG (IDENTIDADE)	
3764224	
Local de procedência	
CONDE	
Email	
Naturalidade	
JOAO PESSOA	
Endereço	
CEP	Município de residência
58322000	CONDE
UF	Logradouro
PB	PROJETADA
Complemento	Bairro
	CENTRO
Admissão	
Data e Hora	Número da pulseira
04/05/2017 15:05:43	1000004399369
Especialidade	CIRURGIA GERAL
Classificação de risco	Critica
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento
	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
Indicadores e Transporte	Veio de ambulância
	Não
Caso policial	Plano de saúde
	Não
Meio de transporte	Carro PARTICULAR
Quem transportou	Sinais Vitais
	PA
Exames complementares	
mmHg	
Pulso	Temperatura
Dados clínicos	
Raio X []	Sangue []
Urina []	TC []
Líquor []	ECG []
Ultrassonografia []	
Diagnóstico	Atendido por
	JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO
CID	Tempo
	40seg

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

VERDE, 1 -
CNES: 2778696 - Tel.:

Paciente ALINE GENEROZA DA CONCEICAO	BAE 998254	Data/Hora Entrada 04/05/2017 15:05:43	Data Baixa
Data de nascimento 28/02/1978	Idade 39	Sexo Feminino	CNS 705402474236890
Mão TEREZINHA GENEROZA DA CONCEICAO			Telefone de Contato (83) 987136562
Endereço PROJETADA, SN			Prontuário
Bairro CENTRO		Município CONDE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALDENIO AMORIM DE LIMA	Nº Cons. Regional 5815/PB
Data/Hora Classificação 04/05/2017 15:18:40		Data/Hora Prescrição 04/05/2017 15:58:30	

Anamnese

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE EM MOTOCICLETA ÀS 12:40H DE HOJE, CAUSANDO TRAUMATISMO DO OMBRO ESQUERDO.
ONDUTA: LIBERADA PELACIR. GERAL. AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 1,0 FRASCO VIA E.V., 1X AO DIA, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 1,0 FRASCO/AMP

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 6/6H, (OBSERVAÇÕES: +AD)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

ALDENIO AMORIM DE LIMA



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Alexandre

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		Exatidão
		Paciente verbaliza de acordo com
		estado a causa de 4 horas com
		200 em nível de claudicação
		Ri Trakea de claudicação
		CD: Exatidão Hospital
		Pr
		Exatidão
		Família

F(NG).ENF.018-1





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



Número: 00

Paciente: Alina Gurgiza de Almeida

Procedimento: Trat. Limb. Trat. Elástico

SUS: ☒ Não SUS

Médico: Dr. Milton L. Pinheiro

Prontuário: 998254

Data: 13/05/17

Reposição: 01 fixação

Data: 13/05/17

Caixa Pronta:

DISPENSACÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	<u>Fio de Kirschner m. 2.0</u>	<u>01</u>		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	<u>Agulha p/ Bloqueio A-50</u>	<u>01</u>		

Renival E. de F. Pinheiro
CRM 3717

ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA
Nº 438 948

Yaelma P. Santos
98234

ASSINATURA CIRCULANTE - CRM

ASSINATURA INF. DO ENFERMEIRO - Nº 438 948

ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

F(NG).APC.013-2





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Alise Ferreira do Carmo BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 13/05/17
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: Dr. Miltene 1º Assistente: Dr. Neriol
 2º Assistente: Dr. Brício 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Rivas
 Tipo de Anestesia: Bloquio Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura de Clavícula (E)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Procedimento Cirúrgico de fratura de Clavícula (E)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Brício Kellor D. Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM 7864

João Pessoa, 13/05/17

F(NG).ASCIR.009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: (1) Paciente em decúbito dorsal, tipo anestesia de plexo sub clavicular
Incisão: (2) Incisão sobre a clavícula (3)
Achados: (4) Achado foco de fratura em 1/3 lateral da clavícula (5)
Condução: (6) Redução aberta e fixação por cunha com fio de 2.0
(7) Suturas por planos
(8) Anestesia controlada
(9) Redução de fratura
Fechamento:
Observação:

Médico/CRM:

Dr. Brício Kelson B. Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7654

João Pessoa, 13/05/12

F(NG).ASCIR.009-1



Nota de Sala Cirúrgica

HEE.TSHI

NOME DO PACIENTE: Alina Lemos da Conceição
 IDADE: 39 BE: 998254 ENFERMARIA: LEITO: 1
 CIRURGIÃO: Dr. Carlos Roberto de Jesus
 CIRURGIÃO: Dr. Milton de Jesus
 ANESTESIA: Respiração de pleo
 ANESTESISTA: Dr. Rômulo
 INSTRUMENTADOR: Mulhera
 DATA: 13/05/14 CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: FIM: CIRURGIA: INÍCIO: FIM: 53 50'45" 73 47'30"
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)
 ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA
 MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD. MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.
 ALFENTANILA QTD. JELCO Nº18 FIO CAT GUT CROMADO Nº FIO DE NYLON Nº
 BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA JELCO Nº20 FIO CAT GUT CROMADO Nº FIO DE NYLON Nº
 BUPIVACAÍNA PESADA JELCO Nº22 FIO DE AÇO Nº 2.0 F FIO DE AÇO Nº FIO DE NYLON Nº
 CETAMINA JELCO Nº24 FIO DE NYLON Nº FIO DE NYLON Nº
 DROPERIDOL KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº FIO DE NYLON Nº
 ETOMIDATO SOLUÇÕES LÂMINA BISTURI Nº11 FIO DE NYLON Nº
 OBARBITAL ALCOOL ETÍLICO 70% LÂMINA BISTURI Nº15 FIO DE NYLON Nº
 ALFENTANILA PVPI DEGERMANTE LÂMINA BISTURI Nº23 FIO POLIGLACTINA Nº
 FLUMAZENIL PVPI TINTURA LÂMINA BISTURI Nº24 FIO POLIGLACTINA Nº
 ISOFLURANO PVPI TÓPICO LÂMINA DE DERMATOMO FIO POLIGLACTINA Nº
 LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO SABÃO ANTISÉPTICO LÂMINA DE ENXERTO FIO POLIPROPILENO Nº
 LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO MATERIALS QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR. FIO POLIPROPILENO Nº
 LIDOCAÍNA C/ VASO AGULHA 13X4,5 LUVA ESTÉRIL Nº7,0 FIO POLIPROPILENO Nº
 LIDOCAÍNA S/ VASO AGULHA 25X07 LUVA ESTÉRIL Nº7,5 FIO POLIGLACTAPRONE Nº
 MIDAZOLAN AGULHA 25X08 LUVA ESTÉRIL Nº8,0 FIO SEDA Nº
 MORFINA AGULHA 40X12 MÁSCARA CIRÚRGICA MATERIAL ESPECIAL QTD.
 NIMBÍUM AGULHA PERIDURAL Nº16 MULTIVIAS CATETER DE PIC
 PANCURÔNIO AGULHA PERIDURAL Nº17 PERFURADOR DE SORO CIMENTO CIRÚRGICO
 PETIDINA AGULHA PERIDURAL Nº18 SCALP Nº19 CLIP TITÂNIO LIGADURA 2.0 F
 PROPORFOL AGULHA RAQUI Nº25G SCALP Nº21 FIO DE KIRSCHNER Nº
 RAMIFENTANILA AGULHA RAQUI Nº26G SERINGA 3ML FIO DE KIRSCHNER Nº
 ROCURÔNIO AGULHA RAQUI Nº27G SERINGA 5ML FIO STEINMAN Nº
 SEVOFLURANO ALGODÃO ORTOPÉDICO SERINGA 10ML FIO STEINMAN Nº
 SUXAMETÔNIO ATADURA DE CREPOM ATADURA GESSADA SERINGA 20ML GRAMPEADOR CIRÚRGICO
 TIOPENTAL BOLSAS P/ COLOSTOMIA Sonda ASP. TRAQUEAL Nº10 HEMOST. ABSORVÍVEL
 MEDICAÇÕES QTD. CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº Sonda ASP. TRAQUEAL Nº2 KIT. DERIVA. VENTRICULAR
 ADRENALINA CATETER DE OXIGÊNIO Sonda ASP. TRAQUEAL Nº4 PROTESE VASCULAR
 GUA DESTILADA CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº Sonda ASP. TRAQUEAL Nº16 KIT. PAM
 ROPINA CATETER EPIDURAL Nº16 Sonda FOLEY 2VIAS Nº12 FIXADOR EXTERNO
 BEXTRA CATETER EPIDURAL Nº17 Sonda FOLEY 2VIAS Nº14 EMPRESA
 CEFAZOLINA CATETER EPIDURAL Nº18 Sonda NASOG. CURTA PARAFUSOS CORTICAIS
 DEXAMETASONA CERA PARA OSSO Sonda NASOG. LONGA PARAFUSOS CORTICAIS
 EFEDRINA COLET. URINA FECHADO Sonda URETRAL Nº PARAFUSOS ESPONIOSO
 FUROSEMIDA COMPRESSAS CIRÚRGICAS TORNEIRINHA PARAFUSOS ESPONIOSO
 GLICOSE 50% COMPRESSAS CIRÚRGICAS TUBO ENDOTRAQUEAL Nº PARAFUSOS MALEOLAR
 GLUCONATO DE CÁLCIO DRENO DE PENROSE TUBO ENDOTRAQUEAL Nº PARAFUSOS MALEOLAR
 HIDROCORTISONA DRENO DE SUÇÃO TUBO ENDOTRAQUEAL Nº PLACA
 LIDOCAÍNA GELEIA ELETRODOS TUBO SILICONE (LATEX) PLACA
 ONDASETRONA EQUIPO MACROGOTAS EQUIPO TRANSF. SANGUE EQUIPAMENTOS
 PROSTIGMINE EQUIPO MICROGOTAS EQUIPAMENTOS
 PROTAMINA ESPONJA DE PVPI EQUIPAMENTOS
 TENOXICAN ESPARADRAPO EQUIPAMENTOS
 GAZES FIO ALGODÃO S/A Nº EQUIPAMENTOS
 GAZES ALGODOADAS FIO ALGODÃO S/A Nº EQUIPAMENTOS
 GEL ELETROLÍTICO FIO ALGODÃO C/A Nº EQUIPAMENTOS
 JELCO Nº14 FIO ALGODÃO C/A Nº EQUIPAMENTOS
 JELCO Nº16 EQUIPAMENTOS



FICHA DE ANESTESIA

nutrição HTOP



DATA *13/05/17*

PRONTUÁRIO:

PACIENTE: <i>Alina Genroze da Condição</i>		SEXO:	COR:	IDADE:
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO			RISCO CIRURGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES				
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO		
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA				ESTADO FÍSICO (ASA)
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>FRATURA CLAVICULAR E</i>				
CIRURGIA REALIZADA <i>TRATAMENTO CIRÚRGICO CLAVICULAR (E)</i>				
CIRURGIÃO <i>Dr. Mota</i>		AUXILIARES		
INÍCIO DA ANESTESIA <i>10:00</i>		TÉRMINO DA ANESTESIA <i>10:30</i>		DURAÇÃO DA ANESTESIA
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES R\$
ANESTESISTA <i>Regis Bomfim</i>		CPF		CRM-PB <i>5880</i>

AGENTES/HORA	
O ₂	
N ₂ O	
LÍQUIDOS VENOSOS	
PULSO	
DIÁSTOLICA	
ANESTESIA X	
CONDIÇÃO CIRURGICA	
P. ARTERIAL	
ECG	
AP. PULSO	
ANOTAÇÕES	

<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS	
TÉCNICA <i>Bloqueio Intercostal com Stryper ASD 10ml 1% e 10ml 0,5% 14/17</i>	
LÍQUIDOS	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
GLICOSE	1. Lidoc 0,5% 15ml 11
NaCl	2. Lidoc 0,5% 15ml 12
SANGUE	3. Ad 10ml 13
RINGER	4. Lidoc 0,5% 14
TOTAL	5. Lidoc 0,5% 15
DESTINO DO PACIENTE	6. Lidoc 0,5% 16
<input type="checkbox"/> APT* <input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7. Lidoc 0,5% 17
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8. Lidoc 0,5% 18
<input type="checkbox"/> OUTROS	9. Lidoc 0,5% 19
	10. Lidoc 0,5% 20
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	
ASSINATURA DO ANESTESISTA:	
F.(NG).ASCIR.025-1	

Dr. Regis Bomfim
Técnico em Anestesiologia
CRM 5880-PB / 6588-RN



DATA: 17/05/2017

PRONTUÁRIO: 99835

NOME DO PACIENTE: Aline Gencroza de Almeida

Idade: 39

Sexo: F

Profissão:

Patologia principal: Fret. de clavícula esquerda

Cirurgia: Hb. George's

Anestesia proposta: Bloqueio regional

<p>Dor no peito, angina?</p> <p>infarto? [] <3M [] 3-6M [] >6M</p> <p>Pressão alta?</p> <p>Sopro, febre reumática?</p> <p>Arritmia, taquicardia: [] espontânea</p> <p>aos esforços: [] peq. [] médios</p> <p>Edema de MMII: [] Tarde [] Verão</p> <p>Dispneia de decúbito []</p> <p>aos esforços: [] peq. [] médios</p> <p>Asma/bronquite:</p> <p>Tosse/catarro? (cor)</p> <p>Fumante: há anos. Parou há</p> <p>náuseas, tonturas?</p> <p>zúrdos, abalos, tremores?</p> <p>Fraqueza muscular, miopatia?</p> <p>nas juntas, artrite, colagenose?</p> <p>Problema de coluna?</p> <p>Estilista social</p> <p>Alcoolatra: há anos. Parou há</p>	<p>Diabetes?</p> <p>Doença da tireóide?</p> <p>Mudança no hábito miccional?</p> <p>Modificação no apetite?</p> <p>Queimação, azia, H.de hiato, dor?</p> <p>Náuseas, vômitos? (cor)</p> <p>Mudança no hábito intestinal?</p> <p>Alteração na cor das fezes?</p> <p>Perda de peso s/dieta?</p> <p>Hepatite, icterícia, malária, Chagas?</p> <p>Anemia?</p> <p>Sangramento? (onde)</p> <p>Hematomas/manchas roxas?</p> <p>Gripe, febre, recente?</p> <p>Está ou pode estar grávida? (DUM)</p> <p>Tem problema de surdes, visão?</p> <p>Teve febre alta quando foi operado?</p> <p>Recebeu Transf.sangue? Há</p> <p>Aceita transf.sangue numa emergência?</p>	<p>Alergia a drogas?</p> <p>Quadro clínico?</p> <p>Tratamento?</p> <p>Alergia a pó, lá, odores, alimentos?</p> <p>Quadro clínico?</p> <p>Tratamento?</p> <p>Alergia a derivado de borracha?</p> <p>Quadro clínico?</p> <p>Tratamento?</p> <p>PARA CRIANÇAS (0 - 14 anos)</p> <p>A criança é prematura?</p> <p>A criança tem 1 de desenvolvimento?</p> <p>A criança está gripada, c/tosse, febre?</p> <p>A criança tem outra doença?</p> <p>ATECIDENTES FAMILIARES DE:</p> <p>[] diabetes [] doença cvasc. [] miopatia</p> <p>[] Febre alta durante a anestesia?</p> <p>[] Problema durante a anestesia?</p> <p>Qual?</p>
--	---	---

Dados importantes da Anamnese e/ou EF

Cirurgias / Anestésias prévias / Complicações

Medicamentos (Dietas)

Tramador: Hossimundo / Colesterol alta 7 anos
sensibilidade e perfusão / S/ complicações
constrado / Desconhece Hb 20 anos
HSC com limitação / S/ complicações
funcional.

Nega

EXAME FÍSICO

Peso: 39 Altura: 1,60 PA: 120/80 P: 70 Hidratado/desidratado

Corado/desc. - eupneico/dispn./taquip. - cianótico/acianótico - icterico/anictérico

Ausculta: RCP 2T 3T 4T S1 S2 Regular estado constrado

Dentadura/protese (inf/sup) (móvel/fixa)

Dentes

Abertura da boca: Normal? - >3cm

Percepção normal/purto

Fluido/estudo do pescoço

Alimentado

Amplia 12 - 3 - 4 distância externo/mento: 12,5 cm < 12,5

Anotar de preferência exames com <01 ano

Exames Substâncias - DATA: 10/05/2017

Hb= 11,9 Ht= 36,1 Glic= 97 Cr= 9,8 Ur= 33

Na= K= TC= TS=

Plaq= 200.000

Coagul. [] Normal [] Alterada TT= TP= 138 TTPA= 20,4 JVP: 1

RX tórax [] Normal [] Alterada

ECG [] Normal [] Alterada

RS - Normal

Avaliação clínica

Risco Baixo

1. Telem após o 22:00

2. Nenhum sucesso

3. Telem estendido

ASA

RETORNOS: [] NÃO [] SIM Motivos: [] Exames complementares [] Encaminhado p/Clinica. Qual:

(VER VERSO)

MEDICO

CRM:

Dra. Jussara Cayado F. H.C. Anestesiologista

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDIÇÃO FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES". APENAS após a liberação do Ambulatório

<p>CONDIÇÃO FINAL:</p> <p>DATA: / /</p>	<p>[] Liberado para cirurgia</p> <p>[] Reavaliar na internação - motivo(s)</p> <p>[] Reavaliar na SO - motivo(s)</p> <p>[] NÃO LIBERADO p/CIRURGIA - motivo(s)</p>
<p>PROBLEMAS GRAVES</p>	<p>MPA drogas/dose</p>

MEDICO

CRM:

FNGLASCIR/027-I



Vistos, etc.

Considerando a impossibilidade de audiência na mediação por falta de perícia passo a decidir:

Nos termos do **Convênio n. 015/2014** celebrado entre o Tribunal de Justiça e a Mafre Seguros Gerais S/A, **determino a designação de audiência de conciliação entre as partes com a realização de perícia** a cargo da Seguradora, neste Juízo e Fórum Cível de João Pessoa.

Para tanto, determino a escrivania a nomeação perito judicial constante dos quadrados do Tribunal de Justiça, nos termos da Cláusula primeira, item 1.2, que deverá ser intimado para comparecer a audiência e realização da perícia, ficando facultado às partes a indicação de assistentes de perito, nos termos do Convênio.

O valor da perícia será de R\$ 200,00 (duzentos reais), a ser pago pela Seguradora, no prazo de 15 dias, a partir da intimação e antes da audiência.

Consigne-se que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação é considerando ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revestida em favor da União ou Estado, nos moldes do art. 334, § 8º, do NCPC.

P. e Intimem-se as partes, devendo o Advogado do autor comparecer acompanhado de seu constituinte.



Vistos, etc.

Considerando a impossibilidade de audiência na mediação por falta de perícia passo a decidir:

Nos termos do **Convênio n. 015/2014** celebrado entre o Tribunal de Justiça e a Mafre Seguros Gerais S/A, **determino a designação de audiência de conciliação entre as partes com a realização de perícia** a cargo da Seguradora, neste Juízo e Fórum Cível de João Pessoa.

Para tanto, determino a escrivania a nomeação perito judicial constante dos quadrados do Tribunal de Justiça, nos termos da Cláusula primeira, item 1.2, que deverá ser intimado para comparecer a audiência e realização da perícia, ficando facultado às partes a indicação de assistentes de perito, nos termos do Convênio.

O valor da perícia será de R\$ 200,00 (duzentos reais), a ser pago pela Seguradora, no prazo de 15 dias, a partir da intimação e antes da audiência.

Consigne-se que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação é considerando ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revestida em favor da União ou Estado, nos moldes do art. 334, § 8º, do NCPC.

P. e Intimem-se as partes, devendo o Advogado do autor comparecer acompanhado de seu constituinte.



Intimação

Intimara parte autora através do seu o advogado para comparecer a pericia medica no dia 14/09/2018, a partir das 15:00 horas, o atendimento será realizado por ordem de chegada, a Rua Manoel Bezerra Cavalcante, 47, Manaíra(Ponto de referencia em frente a Praça Sílvio Porto), Fone: 83-3247 - 6465, CEP. 58.038-500, João Pessoa - PB





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número	do	Processo:	0803709-03.2018.8.15.2001
Classe:	PROCEDIMENTO	COMUM	(7)
Assunto:			[S E G U R O]
Polo ativo:	AUTOR: ALINE	GENEROZA	DA CONCEICAO
Polo passivo:	RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A		

CERTIDÃO

Certifico que Intimei o Perito GUSTAVO FARIAS MENDONÇA, em cumprimento ao despacho dos autos, fica *designada a perícia para o dia 12/ 09 / 2018, a partir das 13:30 horas, Rua : Camilo de Holanda, 814, Centro, João Pessoa - PB.* Aparte deve comparecer a perícia medica, **portando documento pessoal com foto, copia do boletim de ocorrência e do policial e atendimento médico inicial no dia da perícia.** O referido é verdade e dou fé.

JOÃO PESSOA, 1 de agosto de 2018
ROSSANA COELI MARQUES BATISTA



Intimo a parte autora através do seu o advogado para comparecer a perícia médica no dia 12.09.2018, a partir das 13:30 horas, o atendimento será por ordem de chegada, no endereço *Rua : Camilo de Holanda, 814, Centro*, João Pessoa - PB, devendo a parte comparecer, **portando documento pessoal com foto, copia do boletim de ocorrência e do policial e atendimento médico inicial no dia da perícia.**





**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
7ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO Nº 0803709-03.2018.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM (7)
[SEGURO]

AUTOR: ALINE GENEROZA DA CONCEICAO
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA aos presentes autos do Laudo da Perícia, em anexo.

7ª Vara Cível da Capital-Pb, 14 de novembro de 2018.

MARIA JANDIRA UGULINO NETA

Servidora



PERÍCIA MÉDICA

Informações da Vítima

Nome completo: ALINE GENEROSA DA CONCEIÇÃO

Processo: 0803709-03.2018.8.15.2001

Endereço completo: Rua Luiz Caldas de Sá Barreto, 36 – Conde/PB

Informações do acidente

Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim ☐ Não ☐ Prejudicado

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s);

Resp.: Ombro esquerdo.

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Resp.: Fratura da clavícula esquerda (tratamento cirúrgico).

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim ☒ Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

Resp.:

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

a) ☐ disfunções apenas temporárias

b) ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da Vítima.

Resp.: Deficit motor e limitação da amplitude de movimento do ombro esquerdo.

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

☐ Sim, em que prazo:

☒ Não

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:



Segmento corporal acometido:

a) ☐ **Total**

(Dano anatômico ou funcional permanente que **comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima**).

b) ☒ **Parcial**

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa **apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima**). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1 ☐ **Parcial Completo** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

b.2 ☒ **Parcial Incompleto** (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da Vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

ombro esquerdo

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☒

50% Média

☐

75% Intensa

2ª Lesão

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

3ª Lesão

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

4ª Lesão

☐

10% Residual

☐

25% Leve

☐

50% Média

☐

75% Intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

João Pessoa – PB, 12 de Setembro de 2018.



Dr. Gustavo Farias Mendonça
Médico Ortopedista
CRM/PB 6786



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA - PARAÍBA.**

ALINE GENEROZA DA CONCEICAO, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, por seus advogados, devidamente constituídos, vem, à presença de Vossa Excelência, com o devido respeito, apresentar suas considerações sobre a perícia realizada:

O promovente é vítima de acidente automobilístico, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.



A parte Autora compareceu para realização de perícia médica, atestando sua **debilidade de ombro esquerdo (50%)**, para fins de indenização do seguro DPVAT, conforme perícia realizada.

Entretanto, ciente da sua debilidade, devidamente atestada, requer seja levada em consideração a perícia realizada, por ocasião da sentença.

Ainda, em sede de contestação, aduz a seguradora ré que a parte Autora deixou de apresentar os documentos necessários para a regulação do sinistro quando do requerimento administrativo.

Ocorre que, A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS ALÉM DAQUELES DOS PREVISTOS EM LEI, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, POR ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

Além disso a Lei nº 6.194/74, que instituiu o Seguro obrigatório – DPVAT, alterada pela Lei nº 8.441/92 e 11.482/2007, em seu conteúdo normativo não estabelece a necessidade de **esgotamento da esfera administrativa**, afim de pleitear o recebimento do seguro, assim como não exige a negativa por parte das seguradoras que fazem parte do sistema, para tal fim. Como se não bastasse, a Constituição Federal de 1988, diferentemente



da anterior, afastou a necessidade da chamada jurisdição condicionada ou instância administrativa de curso forçado, pois já se decidiu pela inexigibilidade de exaurimento das vias administrativas para obter-se o provimento judicial.

Diante o exposto, requer ao final, **JULGAR PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

João Pessoa, 10 de abril de 2019.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968



1. Nos termos do art. 334 do NCPC, designo audiência de conciliação/mediação para o dia 05/_09/_2019, às 14 00 horas, intimações e diligências necessárias;

2. Intimem-se as partes, com antecedência mínima de 20 dias.;

3. Intime-se o autor para comparecimento, na pessoa de seu advogado, art. 334, § 3º, do NCPC;

4-

O valor da perícia será de R\$ 200,00 (duzentos reais), a ser pago pela Seguradora, no prazo de 15 dias, a partir da intimação e antes da audiência.

5. Consigne-se que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação é considerando ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revestida em favor da União ou Estado, nos moldes do art. 334, § 8º, do NCPC.

