



Número: **0804297-84.2017.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **14/12/2017**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO (AUTOR)	ERIKA DE FRANCA PERGENTINO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
24519 996	18/09/2019 09:35	Petição	Petição
24520 149	18/09/2019 09:35	2639835_JUNTADA_PROCESSO_ADMINISTRATIVO_COM_PAGAMENTO	Outros Documentos
24520 150	18/09/2019 09:35	2639835_PROC ADM	Outros Documentos

EM ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOUSA/PB

Processo: 08042978420178150371

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOUSA, 17 de setembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2019 09:35:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091809354390600000023737881>
Número do documento: 19091809354390600000023737881

Rio de Janeiro, 02 de Junho de 2017

Carta nº: 11083240

A/C: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170295734 ASL-0205331/17
Vitima: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO
Data Acidente: 24/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00055/00056 - carta_01



Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2017

Carta nº: 11107019

A/C: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO

Sinistro: 3170295734 ASL-0205331/17
Vítima: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO
Data Acidente: 24/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01149/01150 - carta_02



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2017

Carta nº: 11213316

A/C: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO

Sinistro: 3170295734 ASL-0205331/17
Vitima: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO
Data Acidente: 24/03/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000044103-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$	2.531,25
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00339/00340 - carta_15R





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____



CAMPO-PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

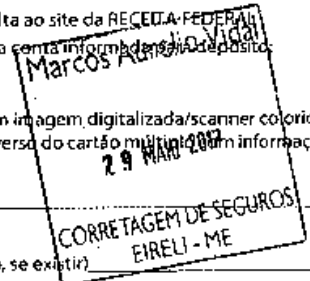
EU: Francisca Lúcia da Silva Pasemiro
PORTADOR(A) DO RG Nº 2048954 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 13/04/1994 E
CPF 093651264-03 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Doc. Passa
E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francisca Lúcia da Silva Pasemiro AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0558 N° da CONTA (com dígito, se existir) 013/44103-8

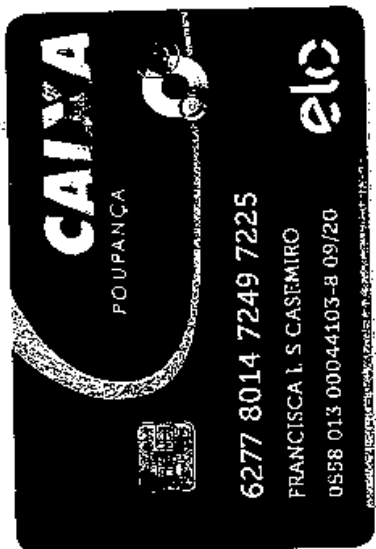
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Souza PB 19 de Maio de 2017 x Francisca Lúcia da Silva Pasemiro
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO Cosminio

ATENÇÃO

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





Marcos Aurelio Vidal
29 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



Boletim de ocorrência



SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE POLÍCIA CIVIL DE SOUSA
RUA Tiradentes, nº 05, Centro - CEP 55.500-556 / Fone: (33) 3522-5533

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 261/2017

Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO

Data e hora do fato: 24/03/2017, às 10h 30min

Local do ocorrido: PB 246, em frente ao Posto Barrozo, Sousa/PB.

Data e hora em que a delegacia tomou conhecimento: 19/05/2017, às 14h 15min

COMUNICANTE: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO, alcunha **, Filiação: Francisco Gonçalves Casemiro e de Rita de Casseia e Silva, Profissão: autônoma, Estado Civil: separada, Nacionalidade: Sousa - PB, Nacionalidade: brasileiro, Data de Nascimento: 15.05.1976, Endereço Residencial: Rua Augusto Mercos Seixas, SN, Gato Preto, Sousa - PB, Endereço Profissional: **, Telefone: 9.9134-5038, Portador de CI/RG nº 2.048.954 - SSP/PB, Título Eleitoral **, CPF 028.651.264-13, CNH.

VÍTIMA: a comunicante.

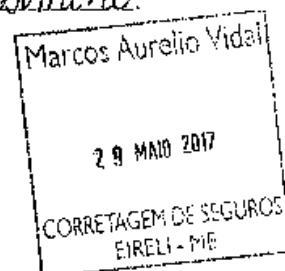
HISTÓRICO: QUE a comunicante informa que no dia 24/03/2017, por volta das 10h30min, trafegava na moto HONDA BIZ 110L, 2016/2016, cor vermelha, placa QFM 9045/PB, chassi 9CZJC700GR105663, licenciada em nome do seu companheiro JULIERME ARAUJO FERREIRA e no momento que passava pela PB 246, em frente ao Posto Barrozo, nesta cidade de Sousa, perdeu o controle ao passar por uma lombada e caiu da moto; QUE foi socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional desta cidade de Sousa, posto que sofreu uma fratura no punho esquerdo e luxação no ombro esquerdo; QUE a comunicante informa que passou por uma cirurgia no punho esquerdo, ficando internada 05(dias) dias no Hospital; QUE no dia de hoje, 19.05.2017, se dirigiu a esta delegacia para registrar a ocorrência e dar entrada no Seguro DPVAT. Ciente ser conhecedor [a] das sanções civis, administrativas e criminais a que estará sujeito, caso o quanto aqui declarar não seja estritamente a verdade.

SOUSA - PB, 19 de maio de 2017.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. VICENTE HONORIO FILHO

COMUNICANTE: Francisca Lucia da Silva Casemiro

ESCRITÃO:





PREFEITURA DE
SOLISA
VENCENDO COM TRABALHO

Comprovação de ato declaratório



SAMU-SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

Sousa, 04 de Abril de 2017

Ao Sr.(a)

Em resposta a vossa solicitação recebida em 03/04/2017 passa a informar o que segue:

Nº da ocorrência: 0006

Vítima: Francisca Lucia da Silva Casemiro

Sexo : Feminino

Data: 24/03/17

Local da Ocorrência: BR 246

Médico Intervencionista: Dra. Helena

Viatura: USB-02

Condutor: Ivan

Téc. Enfermagem: Cibelle

Enfermeira: Alana

Natureza da Ocorrência: USB-02 acionada para atendimento a uma vítima de queda de moto, ao chegar a mesma encontrava-se consciente, orientada, fratura de punho (E) e luxação no ombro (E), equimose na região periorbital, realizado imobilização do membro e protocolo de imobilização, após RMI conduzido ao HRS.

SUELIO ALVES DA SILVA

Coordenador Geral

Suelio Alves da Silva
Coordenador Geral
SAMU SOUSA-PB.
739.000.604-87



SAMU
192

Marcos Aurelio Vidal
29 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

www.sousa.pb.gov.br



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: 22/06/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000044103-8

Nr. da Autenticação 6CD2DD3465E8FE09



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Francisca Lúcia da Silva Casemiro

RG nº 2048954, data de expedição 13/04/1994, Órgão SSP/PB

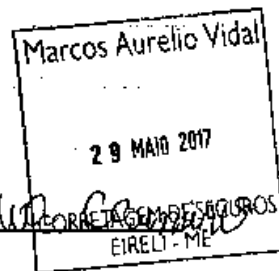
CPF nº 023.651.264-13, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Augusto Marques de Seixas
Número	SN
Apto / Complemento	Quadra: 13 Lote 4
Bairro	Gato Preto
Cidade	Sousa
Estado	Paraíba
CEP	588 00000
Telefone de contato	(83) 99180-9410
E-mail	_____

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa - PB 19/05/2017

Assinaturado Declarante: Francisca Lúcia da Silva Casemiro



FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO
RUA AUGUSTO VAREJAS DE SERRAS, S/Nº 1217 - GATO PRETO
SOLSA / PB CEP: 59900000 (AG. 177)

Classificação: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 4 - 177 - 110 - 280
Nº medidor: G0300443795

Referência: Abr / 2017
Emissão: 03/04/2017

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Cadastrado em: 10/02/2009 - End. Povoado: 150 - CEP: 59900-150
CNPJ: 08.286.188/0001-42 - Inscrição: 15.015.629-2

Não Taxar: Cód. de Energia Elétrica: 10020 287 245
Código para Ombreamento: 00001103228

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

Conta referente a: **UC (Unidade Consumidora): 5/718922-8**

Abr / 2017 Canal de contato

Apresentação:

08/04/2017

Data prevista da próxima leitura

09/05/2017

CPF / CNPJ / RANI

3385129413
Insc. Est.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 02/03/17 Leitura: 28594	Data: 02/04/17 Leitura: 28314	1	280	28

Faturas em atraso

18/03/2017 782,51

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 220VWh-ER	30	0,14500	4,34
Consumo - 31 a 1000VWh-ER	70	0,26341	18,44
Consumo - 101 a 2200VWh-ER	120	0,37291	44,75
Consumo acima de 2200VWh-ER	110	0,41401	45,54
Adic. B. Amarela			4,73
Adic. B. Vermelha			1,76
Subscrição			31,51
ICMS			59,49
PIS			2,03
COFINS			2,34

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/17	245
Fev/17	269
Jan/17	278
Out/16	324
Nov/16	0
Out/16	0
Sep/16	1
Ago/16	4
Jul/16	127
Jun/16	178
Mai/16	182
Abr/16	194

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS	
CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA	17,47
PARCELAMENTO DE DÉBITO DIA	47,81
Divulgação Subscrite	-31,51

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	779,33	7,70%	59,99
PIS	220,39	0,9229%	2,03
COFINS	220,39	1,0671%	2,34

Mês dos últimos meses: 173

VENCIMENTO 13/04/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 254,05

99d9.f4b4.4b0f.e5a3.c0ab.0935.e693.61db.

Indicadores de Qualidade 2/2017 - S202

Índices da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DI MENSAL	9,27	0,13	MONUSUAL	41,89	18,43
DI TRIMESTRAL	12,54			56,85	24,77
DI ANUAL	29,09			2,85	1,23
DI MENSAL	3,35	1,00	CONTRIBUIÇÃO	15,40	6,69
DI TRIMESTRAL	7,10		LIMITE INFERIOR	98,29	34,76
DI ANUAL	14,26		LIMITE SUPERIOR	47,81	18,82
DVCC	2,97				
DIQD	12,22	0,12			
			Total	254,05	100,00

Valor do EUSD (Ref. 2/2017) R\$ 25,27

ATENÇÃO

REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) leitura(s) não tenha(m) sido realizada(s) em tempo hábil, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 21/04/2017, conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após esse prazo não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) leitura(s) acima, desconsidere esse aviso.
Fatura sujeita à inclusão em dígitos de proteção no crédito no caso de inadimplência.
Sua unidade foi registrada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$31,51.
Leitura corrigida.

Marcos Aurelio Vidal
29 MAR 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

PARÁIBA

Roteiro: 4 - 177 - 110 - 280
Matrícula: 718922-2017-0442

VENCIMENTO 13/04/2017
TOTAL A PAGAR R\$ 254,05



5000

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:
 NATUREZA DA CONSULTA
CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):
 CÓDIGO DA UNIDADE: 28734760NPJICPF: 00.772.267/0027.08
 NOME: HOSPITAL ESPÍRITO SANTO DE ABRANTES
 ENDEREÇO: RUA JOSE FACUNDO DE LIRA B. GATO PRATO N.º 433 CNE: 58.602.192

MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAIBA/PE

TIPO DE ATENDIMENTO:

01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG
 02- PRIMEIRA CONSULTA (ELETIVA)
 03- CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETIVA)
 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
 06- VACINAÇÃO DE SÍMBOLO (SUJTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES)
 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA
 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

PACIENTE: FRANCISCA LUCIANA DA SILVA CUNHA
SUS:
DATA NASC: / / **IDADE:** 40 **SEXO:** F **RACIA:**
PROFISSÃO:
MUNICÍPIO:
DOCUMENTO:
DATA DO ATENDIMENTO: 24/03/17 **COD. MUNICÍPIO:**
CONTATO (CEL): **Misc**

Acompanhantes:
ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:
 front febrilidade e em
 acidente de auto.
 Escarro e sputo de
 frêgo nos tubos B. farce
 em tubo

MEDICAÇÃO **ENCAMINHAMENTO**

01- PRESCRIT SERVAÇÃO IDÊNCIA INTERNA
 02- APLICADA OUTRO HOSPITAL BITO OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

Documentação médico - hospita

CÓDIGO PROCEDIMENTO CBO IDADE

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

3
4
5

Receptorista:
 Recebido em 24/03/17
 Dr. Marcos Aurelio Vidali
 ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) RESPONSÁVEL(ES) - CARIMBO(S)
 ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE(S) RESPONSÁVEL

POLEGAR GASTIVO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

29 MAIO 2017
 CORRETAGEM DE SEGUROS
 EIRELI - ME



Hospital		HRS	
Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Francisca Lúcia da Silva		125875	
Data Operação	Enf.	Leito	
25/03/14			
Operador	1.º Auxiliar		
Indalécio Pádua Fernandes			
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar		Instrumentador
Bruno			
Anestesiista	Tipo de Anestesia		
Albert			
Diagnóstico Pré-Operatório			
Fratura do Rádio Distal (E Comminuta)			
Tipo de Operação			
Osteossíntese do fratura do Rádio Distal (E)			
Diagnóstico Pós Operatório			
Fratura Comminuta			
Relatório Imediato do Patologista			
—			
Exame Radiológico no Ato			
—			
Acidente Durante a Operação			
—			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Pêlo em DOH em anestesia geral
- 2) Assepsia + antissepsia + PUE
- 3) Crioproteção a nível group (E)
- 4) Incisão na via de acesso de Henry
- 5) Visualização de fratura cominuta do Rádio distal (E) e redução cruenta
- 6) Colocação de placa volar de 9x6 peças e fixação com parafusos corticais 1x4, 3x6, 1x18, 2x20, 1x22 sob suspensão
- 7) Sutura
- 8) Curativo + Tala
- 9) Teste tala
- 10) Tala

Dr. Indalécio Pádua Fernandes
 Ortopedia - Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM 6827 TED 14247

Marcos Aurelio Vidal
 29 MAIO 2017
 CORRETAGEM DE SEGUROS
 EIRELI - ME

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DE MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Marcos Aurelio Vidal
29 MAIO 2019
CORRETAGEM DE SEGUROS
FIRELL-ME

Nome: FRANCISCO LIMA

Idade:

Cor:

Enfermarias:

Leito:

Categoria:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

26/05/19

1 DIA 24h

10/05/19

BOZ OUTROS. BOZ QUEIRUS

Dr. Indalécio Paselli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 6827 TEOT 14247

Dr. Indalécio Paselli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 6827 TEOT 14247



MAT.: 125.875

Nome: João Luiz do Silva Casimiro Bloco: _____ Apt.º: _____ Edifício: _____
D.N.: 15 / 05 / 76 Est. Civil: _____ Resp.: Julherme Araujo Ferreira
Rua: Curupiti Marques Silva Cidade: Jaraguá Est.: PR
Médico Assistente: Dr. Eras Clínica: Emergência
Data da Internação: 24 / 03 / 2017 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE:

Queixa Principal:

Historia da Doença Atual: Queda no trajeto de queda de moto (SIC) com lesão de membro superior direito e fratura de fêmur esquerdo. Hematomas e edema no membro afetado.

EXAME FÍSICO:

AP. CARDÍACO: Rr. normo E
Rr. normo G

Marcos Aurelio Vidal
29 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

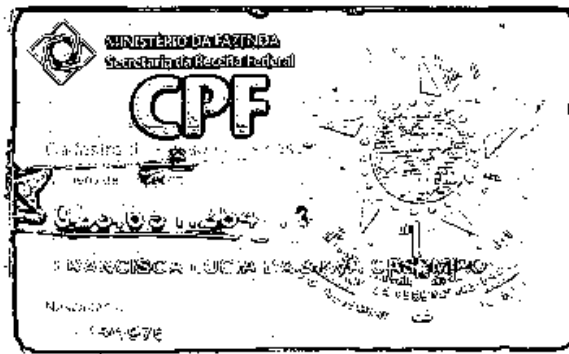
DIAGNÓSTICO:

fratura proximal de membro superior direito
fratura de fêmur esquerdo
trauma facial

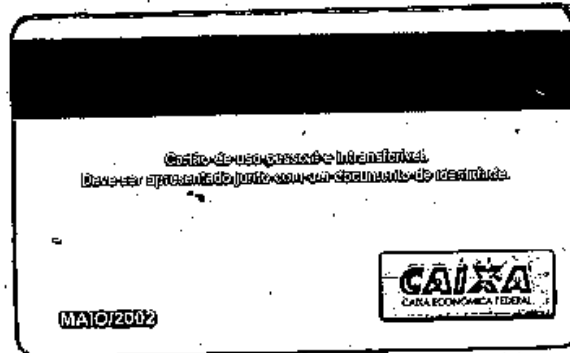
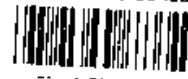
Procedimento:
EXAME FÍSICO
C.I.D.

Dr. Antonio Eras de Brito
MÉDICO - CRM 2122
CFC 059.741.194-07



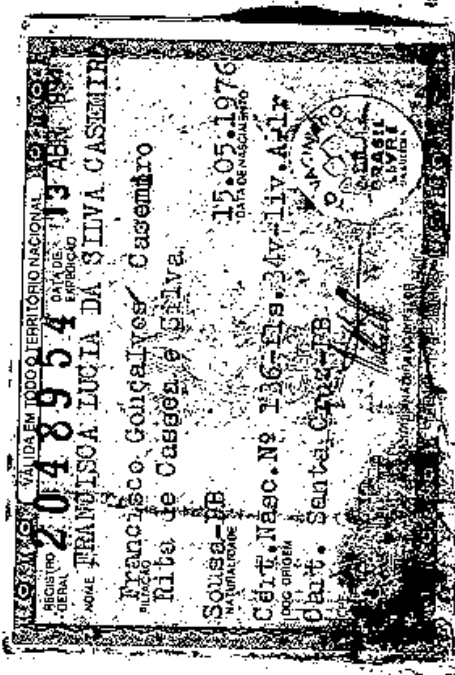


Documentos de Identificacao



Marcos Aurelio Vidal
29 MAIO 2017
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME





Marcos Aurelio Vidal
 29 MAIO 2017
 CORRETAGEM DE SEGUROS
 EIRELI - ME



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

UA 1 0108635959-0 016120097484-EXERCÍCIO 2016
 COD. RENAVAM. Nº 012427527361

NOME JULIENNE ARAUJO FERREIRA

04410366432 PLACA ANTAUF 04410366432 PLACA DEM0045/PB
 CÉP/CNP. CHASSI

NOVO PB 9C2UC7000GR106663

PASADONETA/MAR APLIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA

HONDA/BIZ 110I MARCA/MODELO ANO FAB 2016 ANO MOD 2016

2 P/109 /CI CATEGORIA 1 COM PREDOMINANTE

P IPVA PAGO EM 13/05/2016 VENC. COTA UNICA VERMELHA

PARCELAMENTO/COTAS 2º VENC. COTAS 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 OF (R\$) 0 PREMIO TOTAL (R\$) 0 DATA DE PAGAMENTO 13/05/2016

A.F. ADM DE COM. NAC. HONDA LTDA

SOUZA-PB 15016 LOCAL 0 DATA 16/05/2016

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PB Nº 012427527361

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT 2016
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 04410366432 DAS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA 045/PB
 www.dpvatsegurodotransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 16/05/2016

04410366432 CDP / CNPJ PLACA

01086359590 MARCA/MODELO HONDA/BIZ 110I

2016 ANO FAB 9 ANO MOD 9C2UC7000GR106663 Nº CHASSI

PREMIO TARIFARIO DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
 ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) OF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGUNDO (R\$)
 ***** * * * * *

P A G O DATA DE OUTRAGIO 13/05/2016

PARCELADO COTA UNICA PAGAMENTO SEGURO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.248.608/0001-04
 www.seguradoralider.com.br

15016-0915415-20160516

Marcos Aurelio Vida
 29 MAIO 2017
 CORRETAGEM DE SEGUROS
 EIRELI - ME



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170295734 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA LUCIA DA SILVA **Data do acidente:** 24/03/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A
CASEMIRO

PARECER

Diagnóstico: Fratura do rádio distal Esquerdo

Descrição do exame médico pericial: Paciente com edema importante em punho esquerdo (+++/++++). Apresenta importante limitação de ADM do Punho Esquerdo de Flexão (20 graus), Extensão (10 graus), Desvio Ulnar (15 graus), e Desvio Radial (10 graus). Não apresenta atrofia.

Resultados terapêuticos: Paciente sofreu acidente no dia 24 de março de 2017, foi encaminhada pelo SAMU para Hospital Regional de Sousa-PB. Fez analgesia, fez exames de imagem comprovando a fratura. Foi submetida a cirurgia para osteossíntese da fratura, ficou internada por dois dias. Não conseguiu fazer fisioterapia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do punho esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/06/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do punho devido à limitação da flexo-extensão (20 e 10 graus).
Procedida avaliação médica na cidade de Sousa.

Médico examinador: Raimundo Pereira de Oliveira Neto

CRM do médico: 7416

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCA LUCIA DA SILVA CASEMIRO** Sinistro: **3170295734** Data: **24/03/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA AUGUSTO MARQUES DE SEIXAS, S/N, QD 12 LT 07 - GATO PRETO - Sousa - PB - CEP 58804-578**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP / PB**] **2048954**

Data local do exame: [**20/06/2017**] **Sousa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **Fratura do rádio distal Esquerdo. Paciente com edema importante em punho esquerdo (+++/++++). Apresenta importante limitação de ADM do Punho Esquerdo de Flexão (20 graus), Extensão (10 graus), Desvio Ulnar (15 graus), e Desvio Radial (10 graus). Não apresenta atrofias.**

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

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

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

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

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

Paciente sofreu acidente no dia 24 de março de 2017, foi encaminhada pelo SAMU para Hospital Regional de Sousa-PB. Fez analgesia, fez exames de imagem comprovando a fratura. Foi submetida a cirurgia para osteossíntese da fratura, ficou internada por dois dias. Não conseguiu fazer fisioterapia.

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

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

Paciente com edema importante em punho esquerdo (+++/++++). Apresenta importante limitação de ADM do Punho Esquerdo de Flexão (20 graus), Extensão (10 graus), Desvio Ulnar (15 graus), e Desvio Radial (10 graus).

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

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

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

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

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

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

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

Região Corporal (Seqüela):
Punho esquerdo

Região Corporal (Seqüela):

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

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

Região Corporal (Seqüela):

Região Corporal (Seqüela):

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

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

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

() Total = "100% da IS"

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



Raimundo Pereira de Oliveira Neto - CRM: 7416 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170295734 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCA LUCIA DA SILVA **Data do acidente:** 24/03/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A
CASEMIRO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/06/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO E FACE, FRATURA-LUXAÇÃO DE OMBRO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

