



Número: **0815758-13.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/03/2017**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA (AUTOR)		LIDIANI MARTINS NUNES (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46468570	30/07/2021 12:40	Petição	Petição
46468572	30/07/2021 12:40	2691117_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_03	Outros Documentos
46468574	30/07/2021 12:40	2691117_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
46468575	30/07/2021 12:40	2691117_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_03	Outros Documentos

ANEXO



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA**

Nº Sinistro: **3180532240**

Vítima: **MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA**

Data do Acidente: **06/05/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180532240**.

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 13659723

Pag. 00435/00436 - carta_01 - INVALIDEZ

00020218



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180532240

Vítima: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Data do Acidente: 06/05/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

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

Autorização de pagamento
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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. 00499/00500 - carta_03 - INVALIDEZ

00050250



Carta nº 13662732





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, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180532240

Vítima: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Data do Acidente: 06/05/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

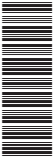
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00725/00726 - carta_16 - INVALIDEZ

00020363



Carta nº 14397282



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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 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 Maria de Livramento da Silva Barbosa
PORTADORA(A) DO RG Nº 1892688 EXPEDIDO POR SSPB EM 1/1/1
CPF 026603664-02 CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep 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 pessoais, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Função;
- 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 Lotéricas 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 SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº 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 Bradesco Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0207 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.809-0

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

João Pessoa de novembro de 2018 Maria de Livramento da Silva Barbosa
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Atenção





VIA 02 02 02

COMPANHIA DE BRANCO EXPRESS S.A.
LAVAR 10 02 02 02 02
RUA JOAO PESSOA 53
FARM. N.º 150 0400005 DATA 25/08/2018
LATA: 25/08/2018 PARA DE BRASILIA: 09:52

PARA: SUELO CURIA LUNDELL

PARTE DO LAVAMENTO 1. AN
AGENCIA: 02007 CONTO: 00000000000000000000
NOME: RICHARDSON 0.04
SOLDO TOTAL 0.04

AG. BRANCO 1. 2017 - TRANSMISSAO
CORRESP. BANC. 122 - MELHOR ASSIN
ISS: 02507250182 AUTENTICADO: 07/08/18

BRANCO EXPRESS
0000 0000 0000

ISS: 02507250182 DATA: 07/08/18

06-02007
00000000
023809-0





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Boletim de ocorrência

Livro nº 001/2017
Ocorrência nº. 019/2017



Aos VINTE E SETE dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MULUNGU/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **HUGO PEREIRA LUCENA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, ai, por volta 09h:00min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA, conhecido(a) por LIVRINHA, Identidade nº 1892589-SSS/PB, CPF nº 025.843.554-26, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: agricultora, filho(a) de Antonio Cipriano Dantas E Maria Do Cramo Dantas, natural de Joao Pessoa/PB, nascido(a) em 11/02/1969 (48 anos de idade), do sexo FEMININO, residente e domiciliado(a) no(a) Distrito De Gravata, Zona Rural, tendo como ponto de referência: CORREIO, na cidade de MULUNGU/PB. fone(s) para contato:

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato: 06 de maio de 2016;
- 3) Horário do fato: 10h:0min;
- 4) Local do fato: SÍTIO JARDIM, ZONA RURAL DE MULUNGU;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a): Hospital Regional de Guarabira e sem seguida para o Hospital de Traumas em Joao Pessoa;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo? NÃO;
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado? NÃO;
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias? SIM

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MOTO HONDA POP, PLACA QFA 7762/PB

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

JOSE CARLOS NOBREGA DE LIMA

8) Breve resumo do fato:

Afirma a comunicante que vinha no carona da motocicleta; QUE era pilotada por seu esposo; QUE ele não possui CNH; QUE no percurso do sitio jardim para o distrito de gravata o seu esposo perdeu o controle da moto e caíram numa ribanceira; QUE comunicante sofreu fraturas e foi socorrida para o Hospital pela ambulancia de Mulungu

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Maria do Livramento Dantas Barbosa
MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Comunicante

[Assinatura]
Agente de Investigação
COMISSÁRIO DE POLÍCIA
Matrícula nº 181.953-4

SUSCITAÇÃO Nº 18.953-4 DE 06/05/2016





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 Maria do Livramento Dantas Barbosa
DATA DE NASCIMENTO 11/02/69
NOME DA MÃE Maria do Carmo Dantas

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 95019
BOLETIM DE ENTRADA N.º 918378
DATA DO ATENDIMENTO 06/05/16
HORA DO ATENDIMENTO 14:55
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Ferimento de partes moles da perna esquerda com lesão de tendões extensores dos dedos do pé esquerdo.
CID 10 S81.8 S96.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando lesão extensa de partes moles em região anterior e lateral da perna esquerda, com lesão de tendões extensores do 1º pododáctilo e extensores dos dedos do pé esquerdo, glasgow 15, pupilas fotorreagentes. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX cervical, tórax, bacia, perna e pé esquerdos.
USG da perna e tornozelo E (avaliação pós cirurgia).

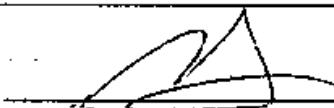
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: sem anormalidades.
USG: dentro da normalidade.

TRATAMENTO:

Limpeza mecânico-cirúrgica + Sutura de partes moles da perna esquerda

ALTA HOSPITALAR: 26/05/16
DATA DA EMISSÃO: 13/10/16


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Comprovação de ato declaratório



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 918378

Identificação do paciente			
ID 1033613	Nome MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA		Sexo Feminino
Data de nascimento 11/02/1989	Idade 47 anos 2 meses 25 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião Protestante
Mãe MARIA DO CARMO DANTAS		Pai ANTONIO CIPRIANO DANTAS	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO		Responsável (Parentesco) JOSE CARLOS NOBREGA DE LIMA - ESPOSA	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993543987	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1892589	NP Cns 898004177640597	
Local de procedência MULUNGU	Tipo MUNICÍPIO	UF PB	
Nome	Naturalidade JOAO PESSOA	CEBR	
Endereço			
CEP 58364000	Município de residência MULUNGU	UF PB	Logradouro CRUZEIRO
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
Admissão			
Data e Hora Prevista 06/05/2016 14:55:11	Número da pulseira 1000004726356	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Centro CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter do atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do endereço VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou AMB DE MULUNGU	
Sinais Vitais			
PA 100 x 40 mmHg	Pulso 82	Temperatura 36.02 - 100%	
Exames complementares			
Rio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos			
Aut. pelo param 06/05 de AS) OK			
Onde MARNELE JANUARIA DA COSTA GAMA		CD	
Atendimento		Tempo 03min 13seg	

Imprimir

1.º AT
07/05/2016
Plástico 2

06/05/2016 14:55





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria do Carmo de Figueiredo Santos B., portador da carteira de identidade nº 1.892.589 e inscrito no CPF/MF sob o nº 025.843.554-26 residente e domiciliado na Rua da Lagoa s/nº Gracabita Cidade Medeiros Estado PE, 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.

[Assinatura] 05-11-2018

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Maria do Carmo de Figueiredo Santos Barbosa

Local e data

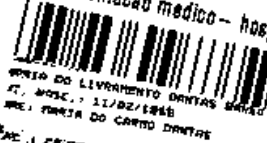




CRUZ VERMELHA
BRASIL

Primeiro Atendimento Médico

Documentação médica - hospitalar



UNIAO DO LIVRAMENTO DENTAS BRAS
R. MOSE: 11/02/1988
RUE: PAREIA DO CARMO DENTAS

AC: 11 CAUZEIRO
R. 54 - ZONA RURAL
CELESTAC
RUE: 13
CELESTAC: (03) 93243065
RUE: 47
R. EXTINÇÃO: 28/05/2016 14:55:17

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DAOS CLINICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de acidente automobilístico, carro X moto, impacto direto em parte esquerda. Paciente apresenta ferimento por arma de fogo (bala) no tórax, entrada a 10 cm, saída a 12 cm, com saída de sangue. Não há sinais de fratura óssea. Paciente está em estado de choque com pulso fraco e pressão arterial baixa. Não há lesões externas visíveis.

AVE PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: ☒ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☒ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

HTE: ☒ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

2- RUEDOS

☐ Sim

☒ Não

HTD: ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

HTE: ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

FR: _____ lmp

SpO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pleotórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO

☒ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO

☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS

☒ Normotónicas ☐ Hipotónicas

☐ Hipotónicas ☐ Ausente

SOPRO

☐ Presente ☒ Ausente

DE QU SA

☐ Sim ☒ Não

FC: _____ lmp

PA: _____ mmHg

ECG: Normal

sem alterações

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

paciente

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente

☐ Paralisadas

☐ Isocóricas

☐ Anisocóricas

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow: 15

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons Incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: <u>15</u>					

FINGI.CC.001-1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:

☒ Não☐ Sim:

Tuga

MEDICAMENTOS:

☐ Não☐ Sim:

IMUNIZAÇÃO

☐ Não☐ Sim:

PATOLOGIA

☐ Não☐ Sim:

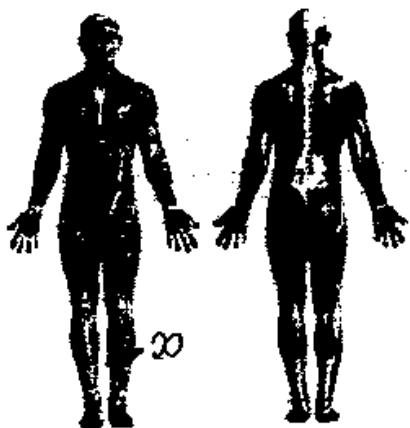
ALIMENTOS INGERIDOS:

☐ Não☒ Sim:

Sabor as ch de mento

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abreção | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Injúria Nervosa |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efusão subcutânea | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encaixado |
| 11 Equimose | 29 Otite |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de fogo | 31 Parêntese |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorréia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma):

% Grau de queimadura:

☐ 1º grau☐ 2º grau☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias☐ Ultrassonografia (FAST)☐ Tomografia computadorizada☐ Lavado peritoneal☐ Gasometria arterial☒ Tipagem sanguínea

+ Hto + Hb

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	
1	Exame físico inicial		
2	SOL 150 ml EV		
3	Exame físico		
4	Exame físico		
5	Exame físico		
6	Exame físico		
7	Exame físico		
8	Exame físico		
9	Exame físico		
10	Exame físico		

ASSINADO ELETRONICAMENTE
 Polígrafo e Impressão
 Data e Assinatura
 06/05/2016

Dr. Williams B. Dias Jr.
 Médico
 CRM 10.251

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da

Solicito parecer da

às 15:20 do dia 06/05/2016

às 15:20 do dia 06/05/2016

DESTINO DO PACIENTE

☐ Centro cirúrgico☐ Transferência (unidade de saúde)☐ Internado (setor)☐ Alta hospitalar☐ Decisão médica☐ A pedido☐ A reavalia☐ Desistência☐ Óbito☐ Até 48 hs.☐ Após 48 hs.☐ Família☐ JIML☐ SVO

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

ASSINATURA/CANIBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(MG).CC-001-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Maria do Sacramento Santos Barbosa

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		# 654321
		07/05/16
		Paciente segue internada em UBSA
		acompanhada Vozes e enfermeiro
		sem alterações no momento
		MD: Luciana de Faria
		CD: UPM

F/NO/ENF.018-1



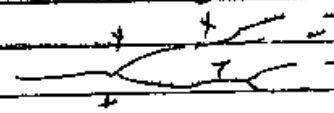


EVOLUÇÃO DO PACIENTE

MOBILIDADE DO LIVRAMENTO DO PACIENTE
1.º. WASC. 1.º. 11/02/1988
ME. NÚMERO DO CARNÊ DE
NO. CRUZILHO
J. 5.º. ZONA RURAL
ALUNO
CIVIL (1)
CELULAR: (82) 8525-4388
END. 47
1.º. ENTRADA: 06/05/2016 14:55:11

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
# 06/05/16	15:20h	# Angelica # Paciente vítima de acidente de moto (SSC) há 5 horas, em ambiente rural, apresentando lesão extensa de partes moles e fratura exposta em perna esquerda. # Conduta: - Solicitar radiografias - Hóspedes Hospitalares - Antibióticos profiláticos - Posterior amputação. Prof: Dr. Saulo Dr. Heliosman B. Dias Jr. Médico CRM/PA 10.251
6/15/16	15:30h	Vascular Paciente com fratura exposta do osso da perna e lesão de vasos e tendões. Ao exame: boa perfusão distal com motricidade presente.  Sem sangramento ativo e sem sinais de isquemia a nível apical. CD: - Lado a ortopedista Dr. Vagner Dr. Alberto Bandeira Segundo Cirurgião Vascular CRM/PA 10.251



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Maria da Livramento Pontes Barboza BE/Prontuário: 958378
Idade: 47 anos Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 06/05/16
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Limpeza Mecânica - Cirurgia
Cirurgião: Dr. Fred Botelho 1º Assistente: Dr. Helton Farias Jr.
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Região Anestesia Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Lesões lacerais de partes moles em região Anterior da perna esquerda	
- Lesão de tendão dos extensores do 1º metacarpo + lesão da tendão dos extensores dos dedos do pé esquerdo	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
- Limpeza Mecânica - Cirurgia + Sutura	

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

Biópsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Helton B. Dias Jr.

Médico
CRM 10251

João Pessoa, 06/05/16

FORM 4500-000



HEETSML

[illegible]





55-56

PRONTUÁRIO:

FIND: ASCR 021-



RELATÓRIO DE CIRURGIA

WETTER

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em DDH Sob anestesia geral Paciente em decúbito supino Após a limpeza da pele com álcool 70%
Incisão:	11
Achados:	Lesão Extensa de partes moles Lesão nos tendões dos extensores dos 1º e 2º dedos da mão + Lesão nos tendões dos extensores dos dedos da mão esquerda
Conduta:	Limpeza Mecânica Cirúrgica Sutura Extensiva com Soro Fisiológico 0,9%
Fechamento:	Sutura por planos Curativo Colado
Observação:	Não foi possível a tenotomia dos tendões lesados, devido a grande lesão de partes moles e alterações da anatomia Consequentemente, haverá a necessidade de uma futura cirurgia para a tenotomia.
Médico/CRM:	Dr. Helton B. Dias Jr. Médico CRM 14870281
	João Pessoa, 06/05/16.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME : MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

DATA : 18/5/2016

**LAUDO DE ULTRASSONOGRAFIA DA PERNA/TORNOZELO
ESQUERDO (FACE ANTERIOR)**

Exame realizado sob a indicação clínica de avaliação pós-cirúrgica em trauma.

Exame realizado em modo bidimensional, com equipamento dinâmico, de varredura linear, na frequência de 7,5 Mhz.

Tendão tibial anterior com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Espessamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.

Tendão extensor do halux com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Afilamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.

Tendão extensor dos dedos com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Espessamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.

DR. LAUTONIO JUNIOR LOUREIRO
MÉDICO RADIOLOGISTA E NEURORADIOLOGISTA
CRM-PB:5053

Nota: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista das imagens obtidas. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a interpretação dos exames pode ser modificada de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda. Deve ser ainda considerado o fato do exame ter sido realizado em condições de urgência e emergência, muitas vezes prejudicando o adequado posicionamento e preparo do paciente, diante de suas limitações clínicas.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME : MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

DATA : 18/5/2016

**LAUDO DE ULTRASSONOGRAFIA DA PERNA/TORNOZELO
ESQUERDO (FACE ANTERIOR)**

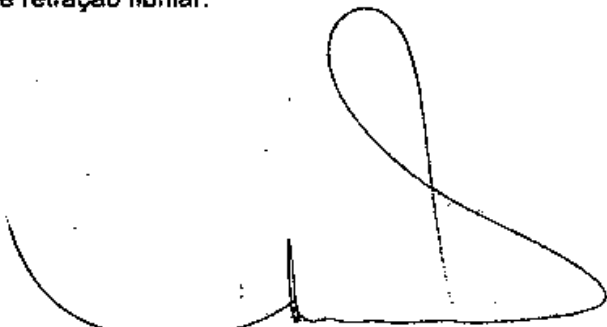
Exame realizado sob a indicação clínica de avaliação pós-cirúrgica em trauma.

Exame realizado em modo bidimensional, com equipamento dinâmico, de varredura linear, na frequência de 7,5 Mhz.

Tendão tibial anterior com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Espessamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.

Tendão extensor do hálux com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Afilamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.

Tendão extensor dos dedos com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Espessamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.


DR. LAURÔNIO JÚNIOR LOUREIRO
MÉDICO RADIOLOGISTA E NEURORADIOLOGISTA
CRM-PB:5053

Nota: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista das imagens obtidas. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda. Deve ser ainda considerado o fato de o exame ter sido realizado em condições de urgência / emergência, muitas vezes prejudicando o adequado posicionamento e preparo do paciente, diante de suas limitações físicas.

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 62

Maria do Livramento Dantas Barbosa

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROTESTO DEFEITO

1.892.589 - 2 VIA

DATA DE EMISSÃO 07/02/2011

NOME MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

NATURALIDADE MARIA DO CARMO DANTAS

JOAO PESSOA-PB

CASAR N. 2099 FLS. 48 LIV. 09

CARTÓRIO DE ALACOTINHA PB

DATA DE NASCIMENTO 11/02/1969

Assinatura: *[Signature]*

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 025-843.554-26

Nome MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Nascimento 11/02/1969

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

E437.591C.B2D4.3DFB

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada no Inscrit no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

AS12-41:51 de C2 17101/2013, data e data de Brasília

010-01111111-00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410864/18

Vítima: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBO

CPF: 025.843.554-26

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 06/05/2016

Titular do CPF: MARIA DO LIVRAMENTO
DANTAS BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA : 025.843.554-26

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 cancela 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: 12/11/2018
Nome: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA
CPF: 025.843.554-26

MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA ☐ **COBERTURA DE MORTE** ☒ **COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS**

VITIMA Marina do Carmo Costa Chaves 4110619

DATA DO ACIDENTE 09.07.2021 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 025843554-26

PARA VITIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS
() Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
() CPF do Representante Legal (cópia simples)
() Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodortansio.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim ☒ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- () Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receitas médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheir(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU NETOS(A)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Declaração de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Luiz Carlos de Oliveira 01.07.2021 4110619
Quem é o portador? ☒ Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 025843554-26
E-mail luizcarlos@liderseguros.com.br Tel. 3291-1843
Data 05.11.18 Assinatura Suelio Moreira Torres

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) de Curitiba 711
Atendente Adriano de Paula 05.11.2021 Matrícula 89381077
Data 05.11.18 Assinatura Adriano C. U.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410864/18

Vítima: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBO

CPF: 025.843.554-26

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/05/2016

Titular do CPF: MARIA DO LIVRAMENTO
DANTAS BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA : 025.843.554-26

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: 12/11/2018
Nome: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA
CPF: 025.843.554-26

MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA**

Nº Sinistro: **3180532240**

Vítima: **MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA**

Data do Acidente: **06/05/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180532240**.

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 13659723

Pag. 00435/00436 - carta_01 - INVALIDEZ

00020218



Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180532240

Vítima: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Data do Acidente: 06/05/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

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

Autorização de pagamento
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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. 00499/00500 - carta_03 - INVALIDEZ

00050250



Carta nº 13662732





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, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180532240

Vítima: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Data do Acidente: 06/05/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

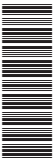
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00725/00726 - carta_16 - INVALIDEZ

00020363



Carta nº 14397282



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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 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 maria de livramento gomes barbosa
PORTADORA(A) DO RG Nº 1892688 EXPEDIDO POR SSPB EM 1/1/1
CPF 026603664-02 CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SI DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep 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 pessoais, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Função;
- 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 Lotéricas 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 SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº 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 Bradesco Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0207 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.809-0

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

maria de livramento gomes barbosa de novembro de 2018
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

Atenção





VIA 02 12111

COMPANHIA DE BRANCO EXPRESS S.A.
ESTRADA IL. DE EST. BRUNO
RUA JOAO PESSOA 53
FARM. N.º 150 RAVENNA DATA 25/10/2018
DATA: 25/10/2018 HORA DE BRASILIA: 09:52

PAR: SUELO CURIA LUNELLI 2007

PARTE DO LEMBRANTE: 01
AGENCIA: 02007 CONTA: 000000000-0
NOME: SUELO LUNELLI 0.04
SOLDO TOTAL 0.04

NO. CANCELADO: 1-2007 - TRANSFERIDA
CORRESP. BANC. 122 - MELHOR ASSIN
END: 02507250182 AUTENTICADO: 07/07/2018

PARTE DO LEMBRANTE
DATA: 07/07/2018

NO. CANCELADO: 2007250182 DATA: 07/07/2018

02007
00000000
023809-0





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Boletim de ocorrência

Livro nº 001/2017
Ocorrência nº. 019/2017



Aos VINTE E SETE dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MULUNGU/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **HUGO PEREIRA LUCENA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, ai, por volta 09h:00min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA, conhecido(a) por LIVRINHA, Identidade nº 1892589-SSS/PB, CPF nº 025.843.554-26, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: agricultora, filho(a) de Antonio Cipriano Dantas E Maria Do Cramo Dantas, natural de Joao Pessoa/PB, nascido(a) em 11/02/1969 (48 anos de idade), do sexo FEMININO, residente e domiciliado(a) no(a) Distrito De Gravata, Zona Rural, tendo como ponto de referência: CORREIO, na cidade de MULUNGU/PB. fone(s) para contato:

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) Natureza do fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) Data do Fato: 06 de maio de 2016;
- 3) Horário do fato: 10h:0min;
- 4) Local do fato: SÍTIO JARDIM, ZONA RURAL DE MULUNGU;
- 5) Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a): Hospital Regional de Guarabira e sem seguida para o Hospital de Traumas em Joao Pessoa;
- 6) O comunicante/vítima conduzia o veículo? NÃO;
- 7) Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado? NÃO;
- 8) O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias? SIM

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

MOTO HONDA POP, PLACA QFA 7762/PB

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

JOSE CARLOS NOBREGA DE LIMA

8) Breve resumo do fato:

Afirma a comunicante que vinha no carona da motocicleta; QUE era pilotada por seu esposo; QUE ele não possui CNH; QUE no percurso do sitio jardim para o distrito de gravata o seu esposo perdeu o controle da moto e caíram numa ribanceira; QUE comunicante sofreu fraturas e foi socorrida para o Hospital pela ambulancia de Mulungu

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Maria do Livramento Dantas Barbosa
MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Comunicante

[Assinatura]
Agente de Investigação
COMISSÁRIO DE POLÍCIA
Matrícula nº 181.953-4

SEÇÃO DE REGISTRO E ARQUIVAMENTO - 18-03-2016 14:08:27





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 Maria do Livramento Dantas Barbosa
DATA DE NASCIMENTO 11/02/69
NOME DA MÃE Maria do Carmo Dantas

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 95019
BOLETIM DE ENTRADA N.º 918378
DATA DO ATENDIMENTO 06/05/16
HORA DO ATENDIMENTO 14:55
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Ferimento de partes moles da perna esquerda com lesão de tendões extensores dos dedos do pé esquerdo.
CID 10 S81.8 S96.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, apresentando lesão extensa de partes moles em região anterior e lateral da perna esquerda, com lesão de tendões extensores do 1º pododáctilo e extensores dos dedos do pé esquerdo, glasgow 15, pupilas fotorreagentes. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX cervical, tórax, bacia, perna e pé esquerdos.
USG da perna e tornozelo E (avaliação pós cirurgia).

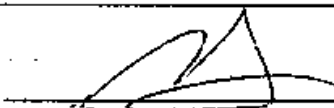
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: sem anormalidades.
USG: dentro da normalidade.

TRATAMENTO:

Limpeza mecânico-cirúrgica + Sutura de partes moles da perna esquerda

ALTA HOSPITALAR: 26/05/16
DATA DA EMISSÃO: 13/10/16


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Comprovação de ato declaratório



Cara Verônica Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAIBA**

ACOLHIMENTO, nº -- CNES: 123312 - TmL:

Solitário de Atendimento: 918378

Identificação do paciente			
ID 1033613	Nome MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 11/02/1969	Idade 47 anos 2 meses 25 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião Protestante
Mãe MARIA DO CARMO DANTAS		Pai ANTONIO CIPRIANO DANTAS	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO		Responsável (Parentesco) JOSE CARLOS NOBREGA DE LIMA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993543967	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1892589	Nº Cms 898004177540597	
Local de procedência MULUNGU		Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Empl	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR	
Endereço			
CEP 58364000	Município de residência MULUNGU	UF PB	Logradouro CRUZEIRO
Número 8N	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
Admissão			
Data e Hora Prévia 06/05/2016 14:56:11	Número da pulsoira 1000004726356	Convênio SUS	
Especialidade CLÍNICA GERAL		Clínica CLÍNICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter do atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou AMB DE MULUNGU	
Sinais Vitais			
PA 100 x 40 mmHg	Pulso 82	Temperatura 36.2 - 36.5	
Exames complementares			
Relo X []	Sangue []	Urina []	TC []
Líquor []		ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos			
Ant. pulm. perf. 06/05 De 15/05/16 7			
Assinatura MARCELE JANARA DA COSTA GAMA			CID Tempo 03min 13seg

अभिलेख

10-27-18
07913/05
Plastics ext

04/05/2016 14:55





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Marina do Nascimento Santos B., portador da carteira de identidade nº 1.892.589 e inscrito no CPF/MF sob o nº 025.843.554-26 residente e domiciliado na Rua da Lagoa s/nº Cidade Medeiros Estado PE 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.

Marina do Nascimento Santos B. 05-11-2018

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Marina do Nascimento Santos Barbosa

Local e data

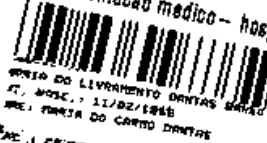




CRUZ VERMELHA
BRASIL

Primeiro Atendimento Médico

Documentação médica - hospitalar



UNIA DO LIVRAMENTO DENTAS BRAS
R. MOSE, 11/02/1988
R. PAREJA DO CARRO DENTAS

AC: 11 CAUZEIRO
R. 54 - ZONA RURAL
CELESTINO
RUE: 13
CELESTINO, (03) 93243065
RUE: 47
R. EXTINÇÃO: 28/05/2016 14:55:17

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente vítima de acidente automobilístico, carro X moto, impacto direto em glúteo esquerdo. Paciente apresenta ferimento penetrante de glúteo esquerdo, com presença de sangue e dejetos. Paciente está em estado de choque, com alteração de consciência, não responde a perguntas e não se movimenta. Paciente está com sinais de perfuração, com presença de sangue e dejetos.

AVE PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA: ☒ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: ☒ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☒ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☒ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

HTE: ☒ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

2- RUEDOS

☒ Sim

HTD: ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

HTE: ☐ Roncos

☐ Sibilos

☐ Estertores

FR: _____ lmp

SpO₂: _____ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

☒ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica

☐ Pleotórica ☐ Ictérica

TEMPERATURA DA PELE

☒ Normal ☐ Quente ☐ Fria

PULSO

☒ Normal ☐ Aumentado

☐ Fino ☐ Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTMO

☒ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente

BULHAS

☒ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas

☐ Hipofonéticas ☐ Ausente

SOPRO

☐ Presente ☒ Ausente

DE QU SA

☐ Sim ☒ Não

FC: _____ bpm

PA: _____ mmHg

ECG: *Tratado e tratado em presença de Hemo*

ADONEN: *Pronto, disponível, logo a*

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☒ Fotorreagente

☐ Paralisadas

☐ Isocóricas

☐ Anisocóricas

(diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow: **15**

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (cancos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solidificação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons Incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL: 15					

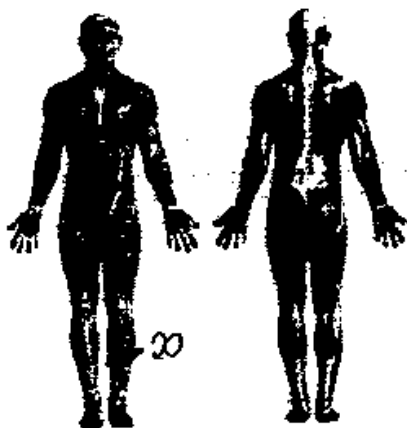
FING).CC.001-1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☒ Não ☐ Sim: Não
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: _____
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: _____
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: _____
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☒ Sim: Sobor as 6h do manhã

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- | | |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abreção | 19 Fratura Óssea Fechada |
| 2 Amputação | 20 Fratura Óssea Aberta |
| 3 Avulsão | 21 Hematoma |
| 4 Contusão | 22 Injúria Nervosa |
| 5 Crepitação | 23 Laceração |
| 6 Dor | 24 Lesão Tendínea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Erisema subcutâneo | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento | 28 Objeto Encaixado |
| 11 Equimose | 29 Otite |
| 12 F. Arma Branca | 30 Paralisia |
| 13 F. Arma de fogo | 31 Parêntese |
| 14 F. Contuso | 32 Parestesia |
| 15 F. Cortante | 33 Queimadura |
| 16 F. Corto-Contuso | 34 Rinorréia |
| 17 F. Perfuro-Contuso | 35 Sinais de Isquemia |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36 |

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma): _____ % Grau de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

☒ Radiografias
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

☐ Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☒ Tipagem sanguínea + Hto + Hct

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO
1. <u>Exame físico inicial</u>	
2. <u>SRL 1500 ml EV</u>	
3. <u>Exame físico</u>	
4. <u>Exame físico</u>	
5. <u>Exame físico</u>	
6. <u>Exame físico</u>	
7. <u>Exame físico</u>	
8. <u>Exame físico</u>	
9. <u>Exame físico</u>	
10. <u>Exame físico</u>	

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da ORTOPEDIA às 15:30 do dia 06/05/2016
 Solicito parecer da CIR. VASCULAR às 15:30 do dia 06/05/2016

DESTINO DO PACIENTE

DATA: _____
 DA: _____
 SAÍDA: _____
 HORAS: _____

☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
☐ Internado (setor)
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JIML ☐ SVO

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(MG).CC.001-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Maria do Sacramento Santos Barbosa

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		# 054924
		07/05/16
		Paciente segue internada em UBSA
		acompanhada Vozes e enfermeiros
		sem queixas no momento
		MD: Luciana de Freitas
		CD: UPM

FNG\ENF018-1

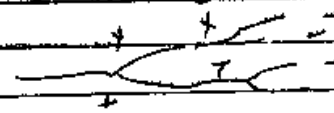


EVOLUÇÃO DO PACIENTE

MOBILIDADE DO LIVRAMENTO DO PACIENTE
1.º. WASC. 1.º. 11/02/1988
ME. NÚMERO DO CARNÊ DE
NO. CRUZILHO
J. 5.º. ZONA RURAL
ALUNO
CIVIL (1)
CELULAR: (82) 8525-4388
END. 47
1.º. ENTRADA: 06/05/2016 14:55:11

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
# 06/05/16	15:20h	# Angelica # Paciente vítima de acidente de moto (SSC) há 5 horas em ambiente rural, apresentando lesão extensa de partes moles e possível fratura exposta em perna esquerda. # Conduta: - Solicitar radiografias - Hóspedes Hospitalares - Antibióticos profiláticos - Posterior amputação. Ass: Dr. Saulo Dr. Heliosman B. Dias Jr. Médico CRM/PA 10.251
6/15/16	15:30h	Vascular Paciente com fratura exposta do osso da perna e lesão de vasos e tendões. Ao exame: boa perfusão distal com motricidade presente.  Sem sangramento ativo e sem sinais de isquemia a nível apical. CD: - Lado a ortopedista Dr. Vagner Dr. Alberto Bandeira Segundo Cirurgião Vascular CRM 10.115



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Maria da Livramento Pontes Barboza BE/Prontuário: 958378
Idade: 47 anos Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 06/05/16
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Limpeza Mecânica - Cirurgia
Cirurgião: Dr. Fred Botelho 1º Assistente: Dr. Helton Farias Jr.
2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: Região Anestesia Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Lesões laceradas de partes moles em região Anterior da perna esquerda	
- Lesão de tendão dos extensores do 1º metacarpo + lesão da tendão dos extensores dos dedos do pé esquerdo	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
- Limpeza Mecânica - Cirurgia + Sutura	

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

Biópsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

Dr. Helton B. Dias Jr.

Médico
CRM 10251

João Pessoa, 06/05/16

FORM 4500-000



HEETSME

PACIENTE: MOURA, TAVANIR DE ALMEIDA
 DATA: 06/05/16
 CIRURGIÃO: DR. FREDERICO E. LOPES R.1
 ANESTESISTA: DR. PEDRO
 LOCAL DO PROCEDIMENTO: AMBULATÓRIO - ANESTESIA GERAL
 TIPO DE PROCEDIMENTO: CIRCUMCISÃO DE PREPÚCIO EM MFE

PREPARAÇÃO DO PACIENTE:
 ASSEIO COM SOLUÇÃO ANTISEPTICA
 MONITORAMENTO CONTINUO DA VITALIDADE
 OXIGENOTERAPIA
 SÍNDROME DE HELLMANN-REYNOLDS

MATERIALS:

QUANTIDADE	NOME DO MATERIAL	QUANTIDADE	NOME DO MATERIAL	QUANTIDADE	NOME DO MATERIAL
1	ALFENTANIL		JELCO Nº 18		FIO CAT GUT CROMADO Nº
1	SUFIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº 20		FIO CAT GUT CROMADO Nº
1	SUFIVACAÍNA PERADA		JELCO Nº 22		FIO DE AÇO Nº
1	CEJAMINA		JELCO Nº 24		FIO DE AÇO Nº
1	DROPERIDOL		KIT EST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº
1	ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº 11		FIO DE NYLON Nº
1	FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº 15		FIO DE NYLON Nº
1	FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº 23		FIO POLYLACTINA Nº
1	FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº 24		FIO POLYLACTINA Nº
1	OPLURANO		LÂMINA DE DERMATOMIA		FIO POLYLACTINA Nº
1	NOBUVACAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENFERMAGEM		FIO POLIPROPILENO Nº
1	LEVOBUPVACAÍNA B/ VASO		LUVAS DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº
1	LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVAS ESTÉRIL Nº 10		FIO POLIPROPILENO Nº
1	LIDOCAÍNA B/ VASO		LUVAS ESTÉRIL Nº 15		FIO POLILECAPRON Nº
1	MIDAZOLAM		LUVAS ESTÉRIL Nº 10		FIO SEDA Nº
1	MORFINA		LUVAS ESTÉRIL Nº 15		VITA CARDIACA
1	NIEMBRIN		MÁSCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL
1	PANCURÔNIO		MULTIVIAS		CATERETER DE PVC
1	PETIDINA		PERFORADOR DE ROBO		CEMENTO CIRÚRGICO
1	PROPOLFOL		SCALP Nº 19		CLIP TITÂNIO LIQADURA
1	RAMPENTANILA		SCALP Nº 21		FIO DE KIRSCHNER Nº
1	ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº
1	SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEDMAN Nº
1	SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STEDMAN Nº
1	TROPENTAL		SERINGA 10ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO
1	MEDICAMENTOS		SERINGA 20ML		HEMOST. ABSORVÍVEL
1	ADRENALINA		BANDA ASP. TRAQUEAL Nº 8		KIT DERIVA. VENTRICULAR
1	ÁGUA DESTILADA		BANDA ASP. TRAQUEAL Nº 10		PRÓTESE VASCULAR
1	ATROPINA		BANDA ASP. TRAQUEAL Nº 12		KIT. PAM
1	BEXTRA		BANDA ASP. TRAQUEAL Nº 14		FIXADOR EXTERNO
1	IFAZOLONA		BANDA ASP. TRAQUEAL Nº 16		
1	EXAMETASONA		BANDA POLEY SVIAS Nº 12		EMPRESA
1	EPINEFRINA SÓDICA		BANDA POLEY SVIAS Nº 14		
1	EFEDRINA		Sonda NASOG. CURTA		PARAFUSOS COÉTICAS
1	EUNOSEMEDA		Sonda NASOG. LONGA		PARAFUSOS COÉTICAS
1	GLICOSE 50%		Sonda URETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONIOSO
1	GLUCONATO DE CÁLCIO		TORCERENHA		PARAFUSOS ESPONIOSO
1	HIDROCORTISONA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALECOLAR
1	LIDOCAÍNA GELÉIA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALECOLAR
1	ONDASENTRONA		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA
1	PLAST		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA
1	PROSTAGLANDINE				EQUIPAMENTOS
1	PROTAMIDA				() ASPIRADOR
1	TENOXCAN				() BISTURI ELÉTRICO
1					() CAPNÓGRAFO
1					() CARDIOMONITOR
1					() DESFIBRILADOR
1					() FOFO AUXILIAR
1					() FOCO CENTRAL
1					() MAGNOSCÓPIO
1					() METRO DE PULSO
1					() M.F.A. IMPLANTAÇÃO INVASIVA
1					() PERFURADOR ELÉTRICO
1					() SERJA
1					CIRCULANTE







55-56

PRONTUÁRIO:

FIND: ASCR 021-



RELATÓRIO DE CIRURGIA

WATER

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em DDH Sob anestesia geral Paciente em posição de Trendelenburg Incisão de campo cirúrgico
Incisão:	11
Achados:	Lesão Extensa de partes moles Lesão dos tendões dos extensores dos 1º e 2º dedos do pé + Lesão dos tendões dos extensores dos dedos do pé grande
Conduta:	Limpeza Mecânica Cirúrgica Sutura Extensiva com Soro Fisiológico 0,9%
Fechamento:	Sutura by PDS Curativo Colado
Observação:	Não foi possível a tenotomia dos tendões lesados, devido a grande lesão de partes moles e alterações da anatomia consequentemente, houve a internação para posterior abordagem dos tendões.
Médico/CRM:	Dr. Helton B. Dias Jr. Médico CRM 14870281
	João Pessoa, 06/05/16.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME : MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

DATA : 18/5/2016

**LAUDO DE ULTRASSONOGRAFIA DA PERNA/TORNOZELO
ESQUERDO (FACE ANTERIOR)**

Exame realizado sob a indicação clínica de avaliação pós-cirúrgica em trauma.

Exame realizado em modo bidimensional, com equipamento dinâmico, de varredura linear, na frequência de 7,5 Mhz.

Tendão tibial anterior com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Espessamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.

Tendão extensor do halux com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Afilamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.

Tendão extensor dos dedos com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Espessamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.

DR. LAUTONIO JUNIOR LOUREIRO
MÉDICO RADIOLOGISTA E NEURORADIOLOGISTA
CRM-PB:5053

Nota: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista das imagens obtidas. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a interpretação dos exames pode ser modificada de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda. Deve ser ainda considerado o fato do exame ter sido realizado em condições de urgência e emergência, muitas vezes prejudicando o adequado posicionamento e preparo do paciente, diante de suas limitações clínicas.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME : MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

DATA : 18/5/2016

**LAUDO DE ULTRASSONOGRAFIA DA PERNA/TORNOZELO
ESQUERDO (FACE ANTERIOR)**

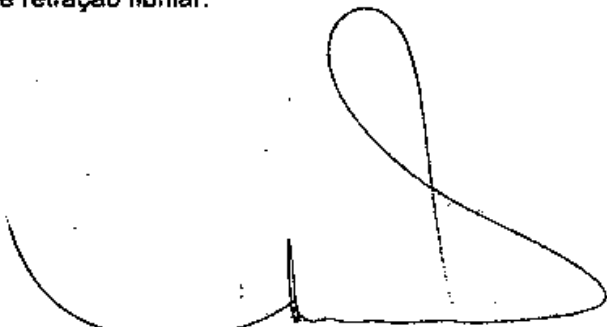
Exame realizado sob a indicação clínica de avaliação pós-cirúrgica em trauma.

Exame realizado em modo bidimensional, com equipamento dinâmico, de varredura linear, na frequência de 7,5 Mhz.

Tendão tibial anterior com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Espessamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.

Tendão extensor do hálux com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Afilamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.

Tendão extensor dos dedos com padrão fibrilar íntegro em sua porção distal no tornozelo. Espessamento cicatricial em sua porção proximal, subjacente a cicatriz cirúrgica com área de retração fibrilar.


DR. LAURÔNIO JÚNIOR LOUREIRO
MÉDICO RADIOLOGISTA E NEURORADIOLOGISTA
CRM-PB:5053

Nota: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista das imagens obtidas. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda. Deve ser ainda considerado o fato de o exame ter sido realizado em condições de urgência / emergência, muitas vezes prejudicando o adequado posicionamento e preparo do paciente, diante de suas limitações físicas.

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 62

Maria do Livramento Dantas Barbosa

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROTESTO DEFEITO

1.892.589 - 2 VIA

DATA DE EMISSÃO 07/02/2011

NOME MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

NATURALIDADE MARIA DO CARMO DANTAS

JOAO PESSOA-PB

CASAR N. 2099 FLS. 48 LIV. 09

CARTÓRIO DE ALACOTINHA PB

DATA DE NASCIMENTO 11/02/1969

CPF

Assinatura: *Suelio Moreira Torres*

Assinatura: *Suelio Moreira Torres*

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 025-843.554-26

Nome MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Nascimento 11/02/1969

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

E437.591C.B2D4.3DFB

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada no Inscrit no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Assinatura: *Suelio Moreira Torres*

Assinatura: *Suelio Moreira Torres*

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410864/18

Vítima: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBO

CPF: 025.843.554-26

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 06/05/2016

Titular do CPF: MARIA DO LIVRAMENTO
DANTAS BARBOSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA : 025.843.554-26

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 cancela 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: 12/11/2018
Nome: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA
CPF: 025.843.554-26

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

ANDREZA ALVES DA CUNHA



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA ☐ **COBERTURA DE MORTE** ☒ **COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS**

VITIMA Maria do Carmo da Silva IDENTIFICAÇÃO DA VITIMA 4110619

DATA DO ACIDENTE 09/11/2018 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 025843554-26

PARA VITIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS ☐
☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodortansio.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receitas médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU NETO(A)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Maria do Carmo da Silva Data 09/11/2018 Hora 14h45
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 025843554-26
 E-mail Telefone 3291-1843
 Data 09/11/2018 Assinatura Suelio Moreira da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) de Curitiba JNA
 Atendente Adriano da Silva Matrícula 89381077
 Data 09/11/2018 Assinatura Adriano C. S.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410864/18

Vítima: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBO

CPF: 025.843.554-26

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 06/05/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA DO LIVRAMENTO
DANTAS BARBOSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA : 025.843.554-26

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: 12/11/2018
Nome: MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA
CPF: 025.843.554-26

MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

ANDREZA ALVES DA CUNHA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08157581320178152001

MAPFRE VERA CRUZ VIDA E PREVIDENCIA 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 **MARIA DO LIVRAMENTO DANTAS BARBOSA**, 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:

DA FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o **INTERESSE PROCESSUAL**.

Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendência, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

“A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial”.

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.

Inércia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incurção em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violação ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.

O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.

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



(...) 4. Agravo regimental desprovido” (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transcrito:

“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.

(...)

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30

(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)”

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inerência das suas atividades.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA, haja vista que a narrativa dos fatos, não foi exposta de forma clara, não há testemunhas, não há informações complementares do suposto veículo envolvido no acidente, constando apenas relatos totalmente unilaterais da parte Autora para sua própria conveniência, 10 meses após o alegado acidente!

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



Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA DA AUSÊNCIA DE BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial diante da ausência do boletim de atendimento médico.

Ressalta-se a importância da juntada dos documentos médicos já que é através deles que se confirmará a existência das lesões sofridas pela vítima, de modo que sua ausência impossibilita a apuração do nexo de causalidade.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a veracidade dos fatos narrados na exordial, bem como autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital onde foi prestado o primeiro atendimento, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DO LAUDO PERICIAL

AUSÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE DA SUPOSTA LESÃO NA COLUNA LOMBAR

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada NA COLUNA LOMBAR seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, no que pese o laudo pericial atestar a existência de invalidez permanente, quantificando-a, o mesmo não se presta a comprovar cabalmente nexo de causalidade entre as lesões NA COLUNA LOMBAR e um acidente automotor. Perceba que toda documentação carreada aos autos, em especial os documentos médicos, apontam no sentido da ausência de correspondência entre o dano suportado NA COLUNA LOMBAR e um sinistro de trânsito.



Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 28 de julho de 2021.

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 - 30/07/2021 12:40:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21073012401518900000044144622>
Número do documento: 21073012401518900000044144622