



Número: **0006502-20.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **05/02/2020**

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	
JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77535241	24/03/2021 16:36	Microsoft Word - 2702519_MANIFESTACAO_LAUDO (2)	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00065022020208172001

CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, 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 **JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A 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 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.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

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 E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPOSTO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços

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



na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

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,

RECIFE, 18 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE





Número: **0006502-20.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **05/02/2020**

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

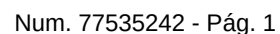
Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77535242	24/03/2021 16:36	ANEXO 1	Outros (Documento)

DUT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637766 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 16/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: contusão de joelho esquerdo

Descrição do exame físico: vítima com mobilidade e força do joelho esquerdo preservados, sem déficit na marcha.

Resultados terapêuticos: tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia.
Evoluiu sem complicações. Alta médica

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 03/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0399639/19

Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

CPF: 936.048.744-91

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 16/07/2019

Titular do CPF: JAIDETE MARIA DA SILVA
SOARES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES : 936.048.744-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019

Nome: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES
CPF: 936.048.744-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019

Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

JULIANA MARQUES RODRIGUES





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Jaidete Maria da Silva Soares
Data do Acidente: 16/07/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não NP CPF: 736.048.744-91

PARA VÍTIMAS 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
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - ☒ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - ☐ Sim ☒ Não - original ou cópia autenticada
- ☒ 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)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - ☐ Sim ☐ Não - original ou cópia autenticada
- ☐ 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 recibos dos 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)
- ☐ Pedido do Seguro DPVAT (original)

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)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ 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)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (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): Jaidete Maria da Silva Soares
Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 736.048.744-91
E-mail: clayde.marques@yahoo.com.br Tel.: 81 9.9993-2863
Data: 06/11/2019 Assinatura: Jaidete Maria da Silva Soares

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Porto de Atendimento (Nome do ponto): AC BOU JARDIM
Atendente: JOELY ELAINE AGUIAR Matrícula: 5535787
Data: 06/11/19 Assinatura: [Assinatura]



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 Ministério da Justiça
 Departamento Nacional de Identificação

IDENTIFICAÇÃO

NOME: **SERGIO ROBERTO FERREIRA DA SILVA**

DOC IDENTIFICADOR EMISSOR/UF: **349043 BRZ PE**

CPF: **055.455.224-87** DATA NASCIMENTO: **15/02/1969**

FILIAÇÃO: **ARTHUR FERREIRA DA SILVA**
TRACISCA MARIA DA SILVA

FOTOGRAFIA

PROFISSÃO: **01963856109** VALIDEZ: **23/11/2021** EXPIRAÇÃO: **27/02/1986**

DESTINAÇÃO

Exerce Ativ Remunerada.

Sergio Roberto Ferreira da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **LIMOEIRO - PE** DATA EMISSÃO: **14/12/2016**

[Assinatura]

50434415705
92076076109

1416680715



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

JARBAS FERREIRA DE ARRUDA FILHO C3

DOC. IDENTIDADE (OND. EMISSOR) UF
36116 PM PE

CPS **687.340.774-72** DATA NASCIMENTO **24/09/1969**

TRIAÇÃO
JARBAS FERREIRA DE ARRUDA
MARIA JOSE DA SILVA

PERMISSÃO ☐ AGE ☐ CAT. MAR. ☐ AB ☐

Nº REGISTRO **01834591969** VALIDADE **30/01/2022** 1ª HABILITAÇÃO **16/10/1985**

OBSERVAÇÕES
 Sem observação

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL **CARDUARU - PE** DATA EMISSÃO **01/02/2017**

Charles Anderson Sousa Ribeiro
 Diretor-Previdência
 ASSINATURA DO EMPREGADOR

98251045006
 PE076812030

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1420999901

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1420999901



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637766 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 16/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: contusão de joelho esquerdo

Descrição do exame físico: vítima com mobilidade e força do joelho esquerdo preservados, sem déficit na marcha.

Resultados terapêuticos: tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia.
Evoluiu sem complicações. Alta médica

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 03/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637766 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 16/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @10 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190637766 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES **Data do acidente:** 16/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @10 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



**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.

Número do Sinistro: **3190637766**

Nome do(a) Examinado(a): **JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES**

Endereço do(a) Examinado(a):

R MANOEL JOSE PESSOA, 77 - São Sebastião - Surubim - PE - CEP 55750-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds** / **PE**] **4900910**

Data e local do acidente: [**16/07/2019**] **Queimadas, PB**

Data e local do exame: [**03/12/2019**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

contusão de joelho esquerdo

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

vítima com mobilidade e força do joelho esquerdo preservados, sem déficit na marcha.

III. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

tratamento conservador com imobilização local, fisioterapia. Evoluiu sem complicações. Alta médica

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [**X**] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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

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

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE





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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637766

Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 16/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

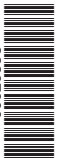
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15131737

Pag. 01775/01776 - carta_01 - INVALIDEZ

00020888





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, 26 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637766

Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 16/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01771/01772 - carta_02 - INVALIDEZ

00050886



Carta nº 15145758





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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190637766

Vítima: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Data do Acidente: 16/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00653/00654 - carta_04 - INVALIDEZ

00020327



Carta nº 15204908





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ OAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

936.048.744-71

Jaidete Maria da Silva Soares

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

E-mail:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1895

CONTA:

18575

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CMI) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nasceu (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Boa Firdim 06 de novembro/2014

Nome:

Jaidete Maria da Silva Soares

CPF:

936.048.744-71

TESTEMUNHAS

Nome:

CPF:

Autorização de pagamento



Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

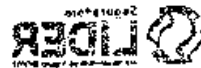
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO PRIVAT



Forma de Pagamento: ☐ AVANÇADO ☐ PARCELADO ☐ MENSAL ☐ ANUAL

Nome completo: _____ CPF: _____ Data de nascimento: _____

Endereço: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Bairro: _____
Município: _____

Forma de Pagamento: ☐ AVANÇADO ☐ PARCELADO ☐ MENSAL ☐ ANUAL
Valor do prêmio: R\$ 100,00
Valor do seguro: R\$ 100,00
Valor do imposto: R\$ 10,00
Valor do desconto: R\$ 10,00
Valor do líquido: R\$ 80,00

DECLARAÇÃO DE VERDADE: Eu, abaixo assinado, declaro que as informações prestadas são verdadeiras e corretas, sob pena de anulação do seguro e multa por fraude.

DECLARAÇÃO DE VIDA: Eu, abaixo assinado, declaro que estou em pleno gozo de saúde e não estou sofrendo de nenhuma doença que possa comprometer minha vida.

Assinatura do Segurado: _____
Assinatura do Representante Legal: _____
Assinatura do Corretor: _____

Assinatura do Segurado: _____
Assinatura do Representante Legal: _____
Assinatura do Corretor: _____





Conta Poupança





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE QUEIMADAS,
Rua José Braz de França, 70 - Centro - Queimadas - 58475-000 - (83)3392-2611

te

OCORRÊNCIA Nº 000117/19

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000117/19 registrada em 24/09/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e quatro dias do mês de setembro do ano de 2019, nesta cidade de Queimadas, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE QUEIMADAS, quando encontrava-se presente a Bela, JULIANA FERNANDA BRASIL BARBOSA BRUCE, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 10:58 horas, compareceu a Sra. JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES, com 43 anos de idade, filha de NÃO DECLARADO e MARIA JOSÉ DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de BOM JARDIM - PE, Viúva, escolaridade Médio Completo, profissão GARÇONETE, portadora da Cédula de Identidade Nº 4900910, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 93604874491, residindo à rua MANOEL JOSÉ PESSOA, 77, bairro CENTRO, na cidade de SURUBIM - PE, celular 9 9605-7898.

Declarou que:

NO 16 DE JULHO DO CORRENTE ANO, POR VOLTA DAS 11:40, VIAJAVA COM SEU IRMÃO EM UMA MOTOCICLETA HONDA MODELO NXR 160, DE PLACA: PCM-6446/PE, CHASSI: 9C2KD0810FR452791, DA CIDADE DE SURUBIM/PE PARA CAMPINA GRANDE/PB, ONDE NA OCASIÃO, NA ALTURA DO SÍTIO PEDRA DO SINO, NESTA CIDADE DE QUEIMADAS, NA BR 104, COLIDIRÃO COM UM CACHORRO QUE ATRAVESSOU EM FRENTE À MOTOCICLETA, O QUE OCASIONOU A QUEDA DE AMBOS, E QUE A DECLARANTE FERIU O JOELHO, SENDO POSTERIORMENTE SOCORRIDA POR PARTICULARES E LEVADA A UNIDADE HOSPITALAR DESTA MUNICÍPIO, NADA MAIS DECLAROU. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Queimadas, Terça-feira, 24 de Setembro de 2019

Jaide Maria da Silva Soares
JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES

Declarante

José Eudes de Lima
JOSÉ EUDES DE LIMA - AGENTE OPERACIONAL

Escrivão

Boletim de ocorrência



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel: 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício CityTower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jaidete Maria da Silva Soares

RG nº 4.900.910, data de expedição 08/09/2015 Órgão SDS/PE

CPF nº 936.048.744-91, 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 terceiros:

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	<u>Rua Manoel José Pessoa</u>
Número	<u>77</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>São Sebastião</u>
Cidade	<u>Surubim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>55.750-000</u>
Telefone de Contato	<u>081-99993-2863</u>
E-mail	<u>cleide.marques@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Bom Jardim, 05 de Novembro de 2019.

Assinatura do Declarante: Jaidete Maria da Silva Soares





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA MARTO ESTANISLAU - NUM. - 00005 - SAO SEBAS
TIAO SURUBIM PE 55750-000

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 24559335 Out/2019																	
ARNALCIANDRO NASCIMENTO DOS SANTOS		R. MANDEL JOSE PESSOA 00077 - SAO SEBASTIAO SURUBIM PE 55750-000																	
INSCRIÇÃO: 145.730.195.1020-000 GRUPO: 5 DEB. AUTOMÁTICO: 024519335																			
SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PUBLICA																
HIDROMETRO A12U216040	DATA LEIT. ANTERIOR 27/09/2019	DATA LEIT. ATUAL 28/10/2019	TIPO DE CONSUMO (ARE) MEDIA HD																
AGUA: LEIT ANT: 304 CONSUMO: 6 LEIT ATU: TAXA MINIMA LEIT FAT: 314																			
HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO																			
09/2019 07	08/2019 06	07/2019 05	06/2019 06																
05/2019 05	04/2019 06	MEDIA: 06																	
Qualidade de Água: www.compesa.com.br																			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA																			
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL (R\$)																
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		6 M3	44,08																
CONSUMO DE ÁGUA																			
<table border="1"><thead><tr><th>ITEM</th><th>BASE DE CÁLCULO</th><th>PERCENTUAL (%)</th><th>VALOR DO IMPOSTO</th></tr></thead><tbody><tr><td>1</td><td>PS</td><td>1,65</td><td>0,73</td></tr><tr><td></td><td>Corpo</td><td>7,60</td><td>3,35</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>44,08</td></tr></tbody></table>				ITEM	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	1	PS	1,65	0,73		Corpo	7,60	3,35				44,08
ITEM	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO																
1	PS	1,65	0,73																
	Corpo	7,60	3,35																
			44,08																

VENCIMENTO: 08/11/2019

TOTAL A PAGAR: 44,08

MENSAGEM:



8280000000-8 4408013145-4 02455933501

VENCIMENTO: 08/11/2019

TOTAL A PAGAR



ATENDIMENTO: 0800-0810193
VENCIMENTOS: 0800-0810193

MATRÍCULA

QUI

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Sergio Roberto Ferreira da Silva

RG nº 3.490.843, data de expedição 15/09/1986.

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 653.655.424-87, com

domicílio na cidade de Bom Jardim, no Estado de

Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Cônego Antônio Leito de Melo, nº 07,

complemento Vila Itapira, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Jaidete Maria da Silva Soares cujo o condutor era

Jarbas Ferreira de Arruda Filho.

Veículo: motocicleta Honda NXR 160 BRAS GSDD

Modelo: 2015

Ano: 2015

Placa: PCM-6446

Chassi: 9C2KD0810FR452771

Data do Acidente: 16/07/2019.

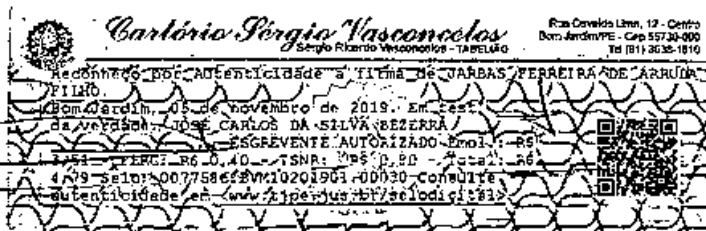
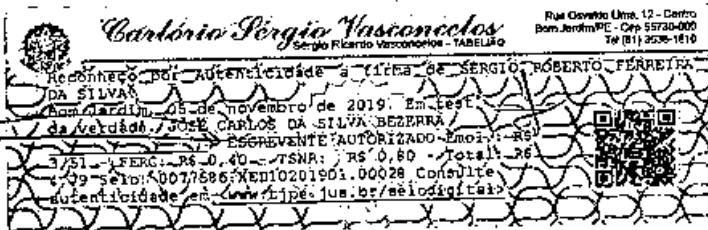
Local e Data: Bom Jardim, 05 de novembro de 2019.

Declaração do proprietário do veículo



Sergio Roberto Ferreira da Silva
Assinatura do Declarante

Jarbas Ferreira de Arruda Filho
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETÁRIA DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE QUEIMADAS - Dr. Patrício Leal e Melo

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

FICHA Nº

DATA:

PACIENTE:

JARDETE MARIA DA SILVA

ORIGEM:

QUEIMADAS

SOLICITANTE:

CLÍNICA:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

Paciente e/
TRAUMA JERVA
ESQ. ANOT ACIDENTE
DE MOTOCICLETA
ANDRÉES ORPÉDIA

16/07/14



MEDICAÇÃO ADMINISTRADA

Documentação médica - hospitalar



ENCAMINHAMENTO PARA:

NATURA / CARIMBO
MÉDICO

Glenn () 11.06.98 () 11.06.98 () 11.06.98

Glenn { } 11.25
Glenn { } 11.25
Glenn { } 11.25

[illegible]

CHV: _____

CHARTERED

Page: 1

241: 1119242

457

100371-93-2 61174-02-2/12-12-24

1607006-3: 033955

CdL 28/07/2013

[illegible]

15 8300305 355.0

SECRETARY OF STATE
WASHINGTON, D.C. 20520-1224

1993-1994

1990

НОВАГО РАДНОГ НАСТАВНОГ

DIS 1

— 100 —

1
2
3
4

HGT: 50162

— — — — — () ឧបនិពន្ធ ()



16/07/2019

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

16/07/19
16:25

Acidose láctica
+ trauma em joelho @

gr: Escoriações

Acidose láctica
articular

Por um respo de joelhos
de isquemia total (lesões
irreversíveis)

gr: Trauma joelho por 7 dias
4 dias
Cirurgia
Retorno com 7 dias

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar

() Alta reativa

() Decisão Médica

() Óbito

Antonio das Neves de Souza
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

10.1.1.101/projetos/impresos.php?conte=19153418&dataatend=2019-07-16&horatend=16:19:23

2/3



16/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1945341 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0008-52

Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 16/07/2019

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: acolhimento

PACIENTE: JAIDETE MARIA DA

CEP: 55750000

Nascimento: 14/12/1975

SILVA SOARES

Sexo: F

Telefone: 95356488

Endereço: MANOEL JOSE PESSOA

Idade: 043

Bairro: CENTRO

Cidade: Surubim

RG: 4900910

Nº: 77

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

CPF: 93604874491

Profissão:

Responsável: JESSICA

Estado Civil: Solteira

Data de Alim: 16/07/2019

CNS: 705101898413740

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

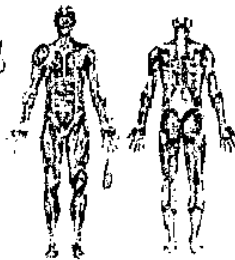
Hora: 15:14:08

CONVENIO: SUS

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abuso
2. Amputação
3. Anestesia
4. Contusão
5. Corte
6. Escoriação
7. Estima
8. Empalamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Envenenamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Corte
15. F. Corte
16. F. Corte-cortura
17. F. Ferida-cortura
18. F. Ferida-cortura
19. Fratura fechada
20. Fratura exposta
21. Hematoma
22. Injeção de Veneno
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Atordalho
27. Movimento torçao paravertebral
28. Objeto Encaixado
29. Queimadura
30. Ferimento
31. Ferida
32. Ferida
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinal de fraqueza
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

HD: pulmão

EXAME PRIMARIO - DADOS CLINICOS

Fonte: vítima de acidente de trânsito há 3 horas, vítima de trauma abdominal e dificuldade para mobilizar o tronco, com dor intensa e constante. Apresenta sinais de choque hemodinâmico, com perda de consciência e pupila esquerda dilatada e retila. Nega história de doenças crônicas e uso de medicamentos.

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS:

Neyclid, Sinvastatina 20mg

PATOLOGIAS:

Nega

EXAME FISICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow

15

PA

HGT:

SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

☐ Laboratoriais
☐ Gasometria arterial
☐ Tomografia Computadorizada

Ultrassonografia:

Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Dr. João às 15:30 Dia 16/07/19

Especialista: às Dia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRI 500 ml EV	
2	O, pulmão	
3	Tb 1x 30 min + AA EV	
4	Exame físico	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

(Assinatura)
 Dr. João
 16/07/2019

ojs.hctg.com.br/preclass.php?cont=1945341&data=2019-07-16&hora=15:19:28

16

16/07/2019

HTCG-Préim Administrativo

GOVERNO
DA PARAIBA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Maj. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/07/2019
Paciente: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES Idade: 043 N° ATEND: 1945341

ACIDENTE DE TRABALHO : NÃO
DATA: 16/07/2019 HORA: 15:19:28

ESPECIALIDADE : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS
HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ()SIM ()NÃO HAS ()SIM ()NÃO
DEF. MOTORA ()SIM ()NÃO

ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :
ESTADO GERAL : BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍNTILOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
😊			😊			😊			😊	
sem dor			média dor			média dor		pior dor		

ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

AMARELO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Dra. Ináda Rêbia Viçar
ENFERMEIRO
COREN-PB 51678

rejelehtcg/imp/realass.php?confir=1945341&datapland=2019-07-16&horafend=15:19:28

3/



Prontuário: 01770837 Pedido: 271126
 Paciente: JAIDETE MARIA DA SILVA SOARES
 Médico Solicitante: Dr.(a) RODRIGO VICTOR LAPENDA DE OLIVEIRA
 Data do Atendimento: 31/07/2019
 Convênio: PARTICULAR

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Dados clínicos: História de trauma torcional, evoluindo com dor na região medial e estresse e valgo.

Técnicas de Exame:

- A- Plano sagital, sequência T1.
- B- Planos axial e sagital, sequência T2, com supressão de gordura.
- C- Planos coronal e sagital, sequência DP, com supressão de gordura.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Observamos extensa área de edema / contusão óssea, comprometendo o côndilo femoral medial e a tibia proximal difusamente.
- Meniscos com morfologia e intensidade de sinal preservadas.
- Indefinição do ligamento cruzado anterior, associado a horizontalização de suas fibras distais e hipersinal de limites imprecisos na fenda articular, indicando ruptura ligamentar completa e aguda.
- Os ligamentos cruzado posterior, bem como os colaterais lateral e medial apresentam espessura, orientação e intensidade de sinal preservado.
- O tendão do quadríceps e o ligamento patelar apresentam aspecto preservado.
- A patela ocupa posição habitual em relação a fossa troclear. Observa-se discreto afilamento e alteração de sinal na cartilagem que reveste as facetas da patela e a fossa troclear, sem sinais de comprometimento do osso subcondral.
- Pequeno derrame articular coletado na bursa suprapatelar.
- Hipersinal de limites imprecisos nos ventres musculares da face posterior do joelho associado a edema no tecido celular subcutâneo do compartimento posterior do joelho.

CLÍNICA DIOCLECIO COUTINHO
 Dr (a): Viviane Medeiros
 CRM: 13.953 - PE

DISPOMOS EM NOSSOS SERVIÇOS A TECNOLOGIA EM TOMOGRAFIA
 COMPUTADORIZADA COM 32 CANAIS.

KM 50 - BAIRRO NOVO - CARPINA-PE - CEP:55819-920 - FONE: (81) 3622.3500 - Fax (81) 3621.4111 - E-MAIL: info@dioclecio.com.br



Prontuário: 01770837
Paciente: LAIDETE MARIA DA SILVA SOARES
Médico Solicitante: Dr. (a) RODRIGO VICTOR LAPENDA DE OLIVEIRA
Data do Atendimento: 31/03/2019
Convênio: PARTICULAR

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO ESQUERDO

Dados clínicos: História de trauma fechado, evoluindo com dor na região medial e anterior.

Técnicas de Exame:

- A- Plano sagital, sequência T1.
- B- Planos axiais e sagitais, sequência T2 com supressão de gordura.
- C- Planos coronais e sagitais, sequência T2 com supressão de gordura.

Os seguintes aspectos foram observados:

- Observamos extensa área de edema, caracterizada por hiperintensidade no T2, envolvendo o condilo femoral medial e tíbia proximal difusamente.
- Meniscos com morfologia e intensidade de sinal preservadas.
- Indefinição do ligamento cruzado anterior, associada a normalização de suas fibras distais e hipointensidade nos limites proximais na banda anterior, com alteração na continuidade ligamentar completa e aguda.
- O ligamento cruzado posterior, bem como os colaterais medial e lateral, apresentam orientação e intensidade de sinal preservadas.
- O tendão do quadríceps e o ligamento patelar apresentam aspecto preservado.
- A patela ocupa posição habitual em relação a fossa troclear. Observamos discreto afilamento e alteração de sinal na cartilagem que reveste as faces da patela e a fossa troclear, com sinais de comprometimento do osso subcondral.
- Pedúnculo do menisco articular colateral na bursa subpatelar.
- Hipointensidade nos limites proximais das ventrais musculares da face posterior da patela, associada a edema no tecido subcutâneo do compartimento posterior da articulação.

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
RUA DO COMÉRCIO, 100 - JARDIM BOA VISTA - FLORESTA - RECIFE - PE - 51020-000

DISPONÍVEL EM Nossos SERVIÇOS A TECNOLOGIA EM 3D
COMPUTADORIZADA COM 32 CANAIS



D Geres - Gerência Regional de Saúde
Limoeiro - PE
RECEITUÁRIO

Hospital Regional de Limoeiro
José Fernandes Salsa

Paciente:

JAISÉTE MARIA

Clinica:

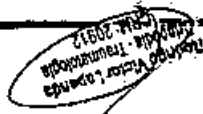
Infermaria:

Leito:

Registro nº:

Ampliação de UTI
(bepo feito)
HOSPITAL Amílcar Lopes

25/03/19



Data:

Médico - CRM





II Geres - Gerência Regional de Saúde
Limoeiro - PE
RECETUÁRIO

Hospital Regional de Limoeiro
José Fernandes Seta

Paciente:

JOSÉ WAGNER DA SILVA

Clinica:

Enfermária:

Leito:

Registro nº:

LAUDO MÉDICO:
ATENÇÃO PARA DEVIDOS FIM
QUE O PACIENTE AINDA
NECESSITA DE PULGADOVA
DAS SEGUINTE PATOLOGIAS
CID 10: H23, S83.3, W4
LIMITAÇÃO PARA DESEMPENHO DE
SUAS ATIVIDADES LABORAIS

25/03/13

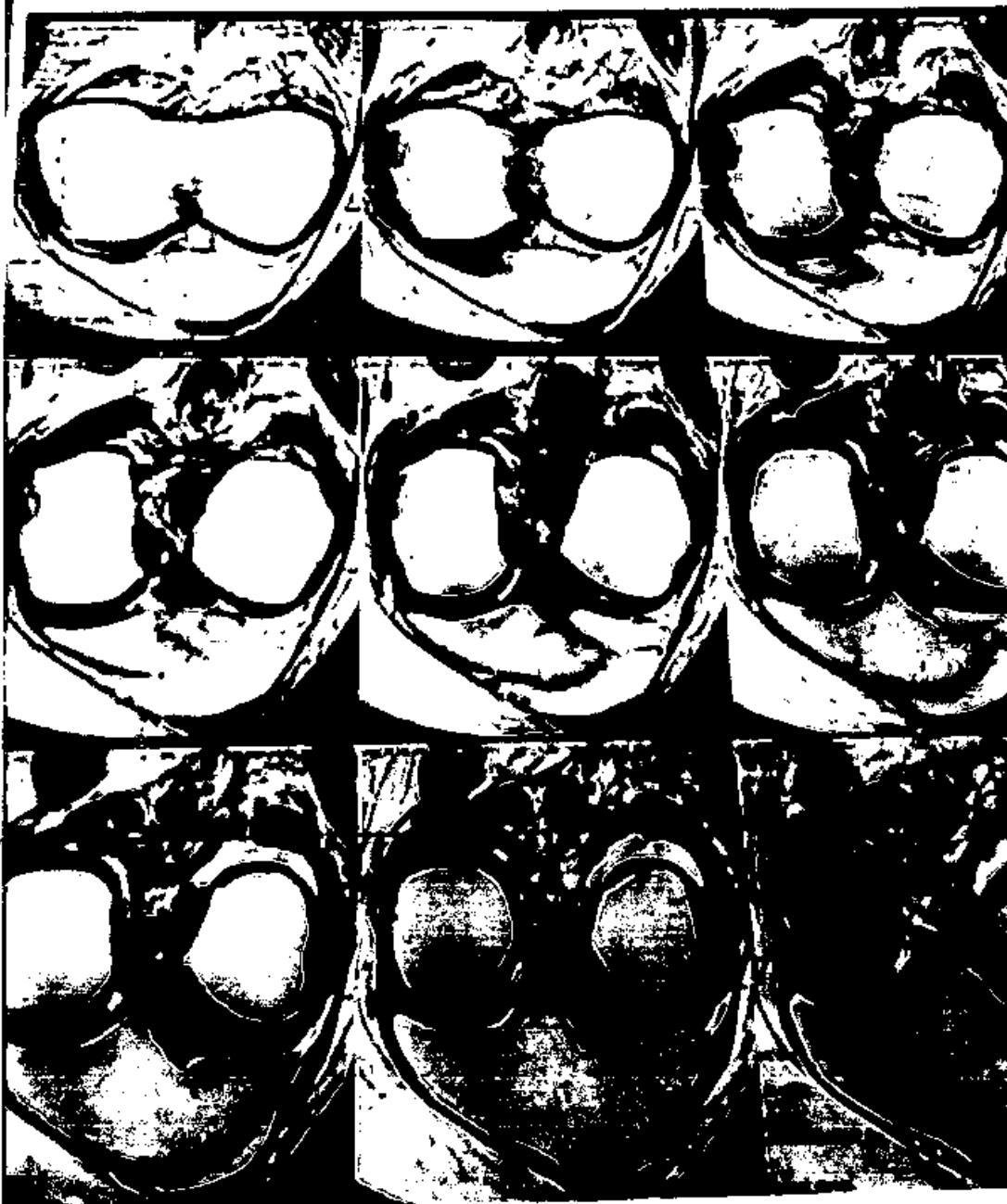
ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
Médico - CRM

Data:

Médico - CRM



CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO



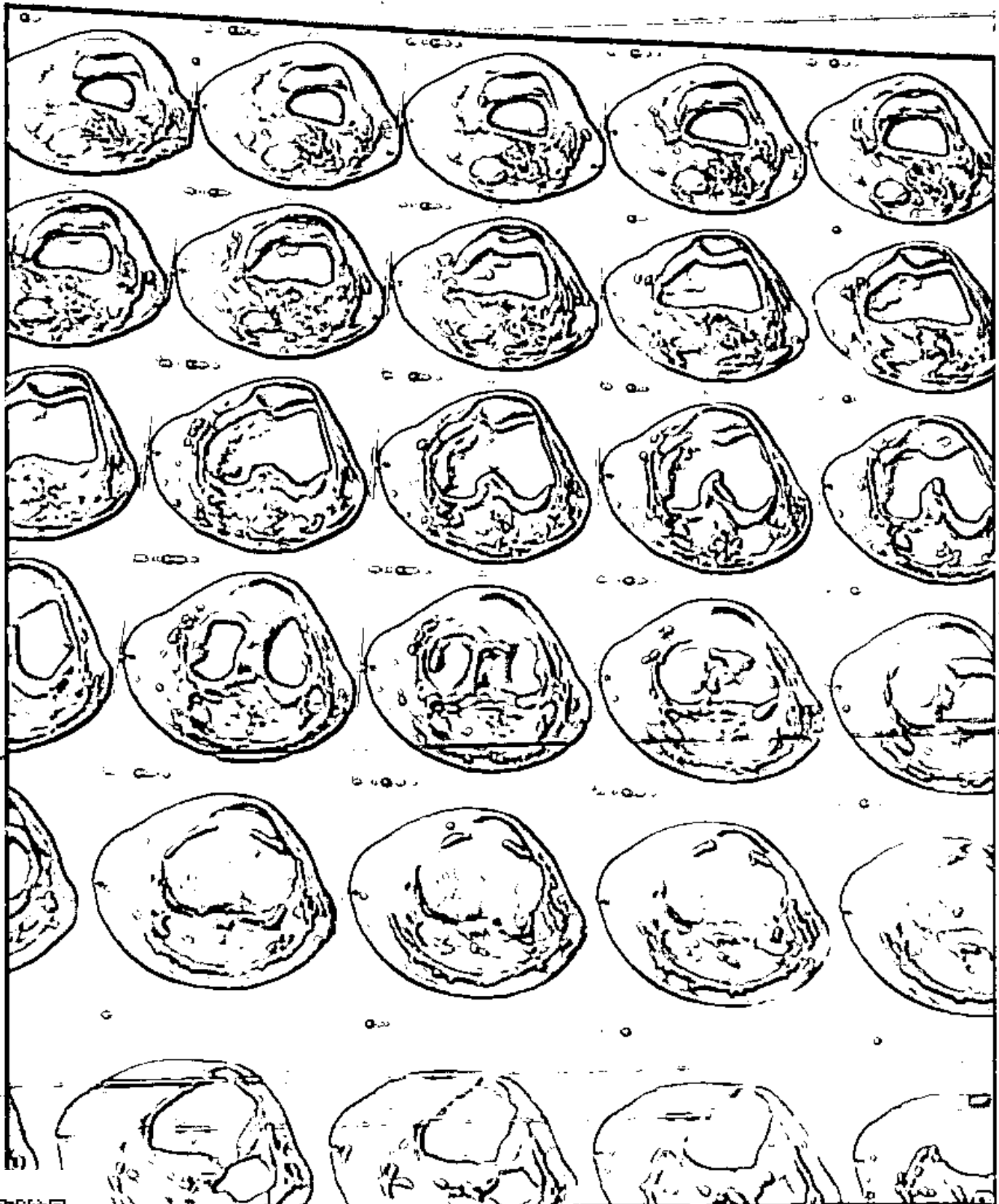
CAIRO NUNO - CARPENA - PE - 07-2281-526 - FONE 3510000000 - FAX 3510000000



CLÍNICA DIOGLÉCIO COUTINHO



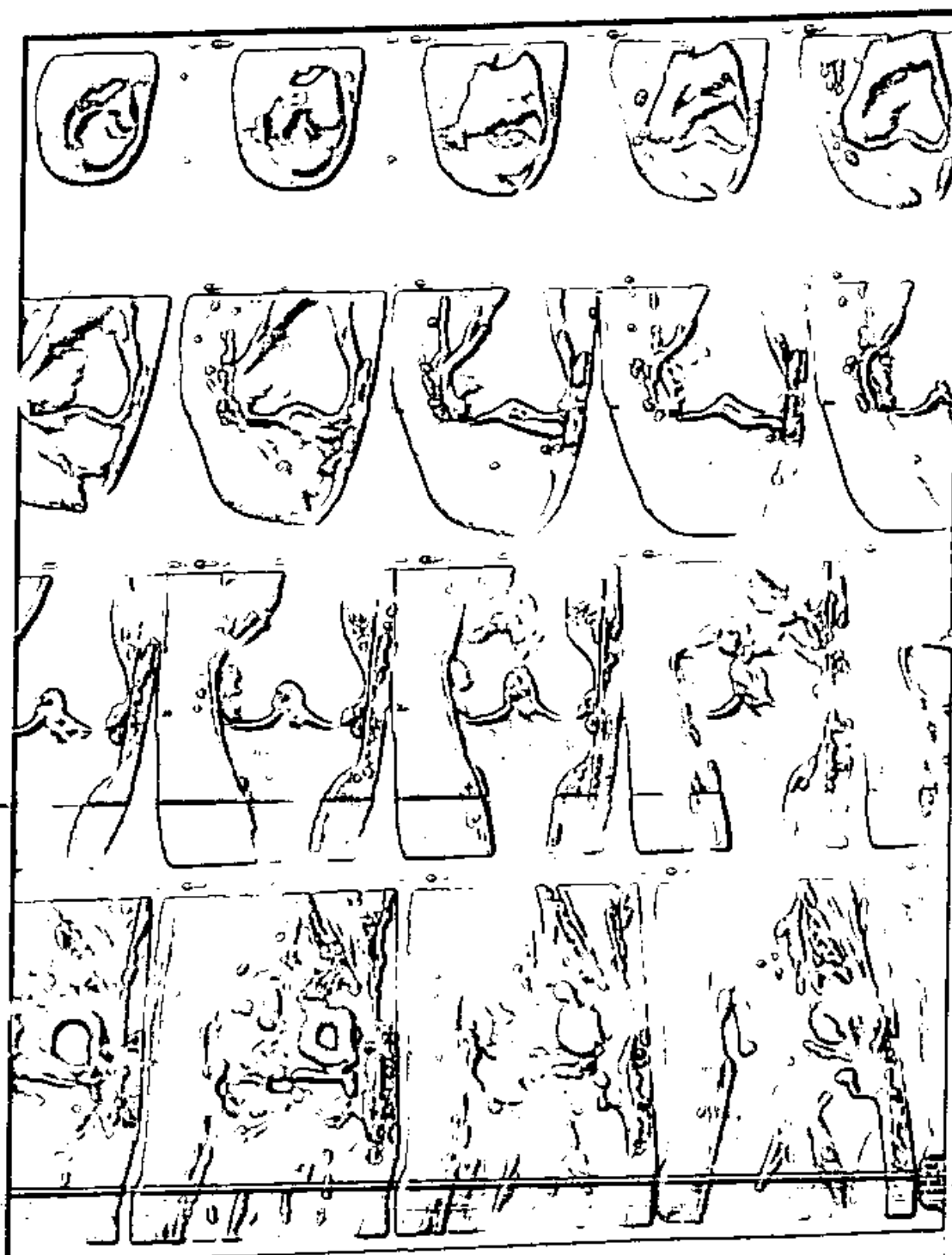
CLÍNICA DIOCLECIO COUTINHO



CLÍNICA DIOCLÉCIO COUTINHO

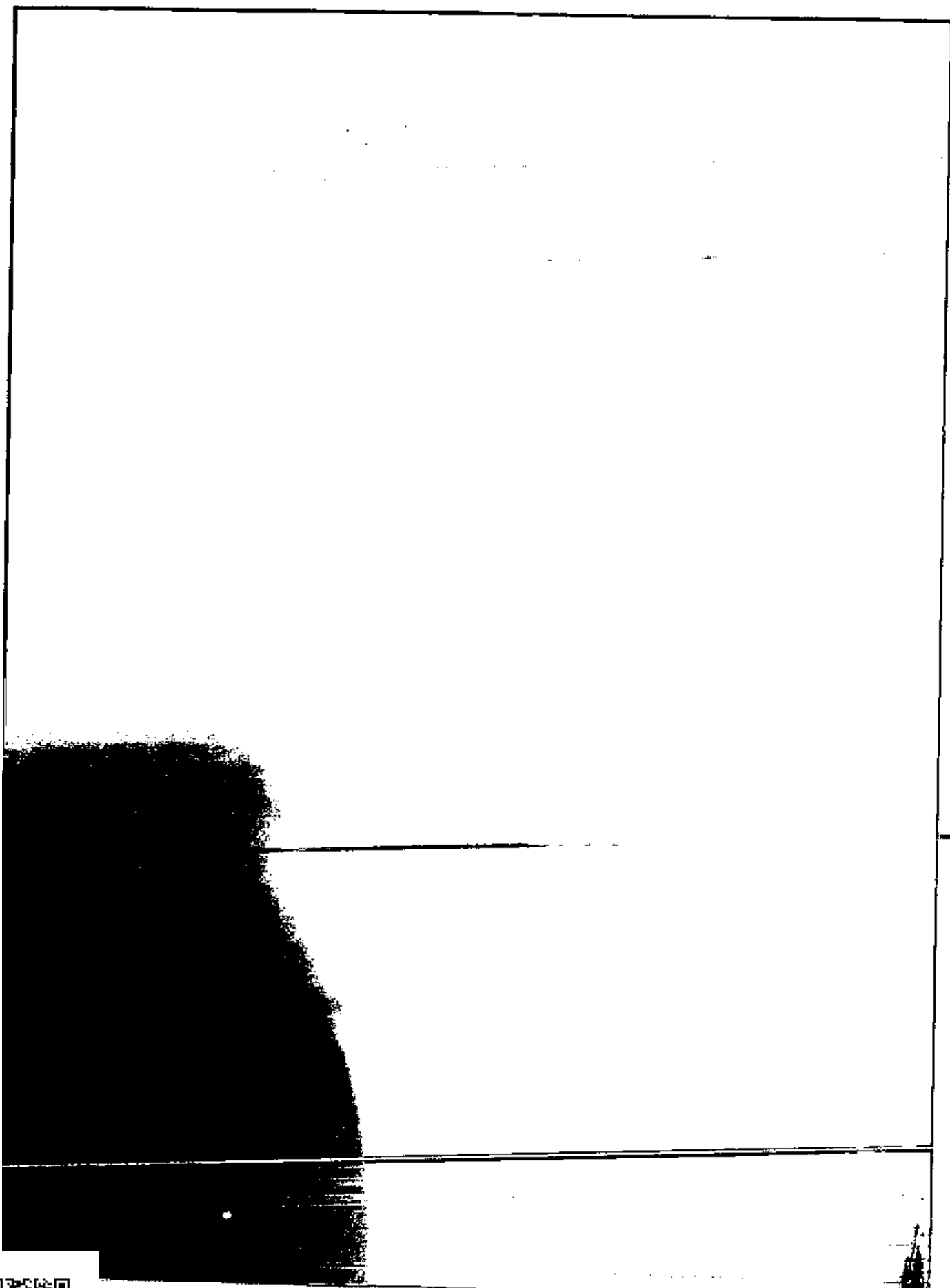


CLÍNICA DIOCLECIO COUTINHO



1 - BAIRRO NOVO - CARPINA - PE - CEP: 55819-320 - FONE: (81)36223500 - EMAIL: cdc@clincadoclecio.com.br





Documentos de Identificacao

