



28/07/2020

Número: **0802682-08.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **26/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA (AUTOR)		RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32704525	28/07/2020 09:58	<a href="#">2737536_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 13 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190518649**

**Vítima: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA**

**Data do Acidente: 20/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000001729-9**

Conta: **000001000364-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 710.871.864-20 4 - Nome completo da vítima: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

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

5 - Nome completo: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA 6 - CPF: 710.871.864-20 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA NOVA JERUSALEM 9 - Número: 89 10 - Complemento: AP 201 11 - Bairro: GRAMAME 12 - Cidade: JAOAO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58067-220 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98708-8728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: 05 SET. 2019 AGÊNCIA: 0036 CONTA: 71157 6 AGÊNCIA: 0036 CONTA: 71157 6

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.

22 - 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. 39, §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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA-PB, 04 / 09 / 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1001 V002/2019





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 09892.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09892.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:23 horas do dia 28 de agosto de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Thais Caroline da Costa Lima**, CPF nº 710.871.864-20, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Operadora de Caixa, filho(a) de Raimunda Antonio Lima de Andrade e Marcio Antonio Lima de Andrade, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 07/10/1997 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nova Jeruzalem, Nº 89, complemento Residencial Maria de Lourdes., tendo como ponto de referência Por Trás da Rua do Jarro., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-0129.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Adalgisa Carneiro Cavalcante, Próximo Ao Primeiro Posto de Gasolina do Cunhar., João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/04/19 19:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

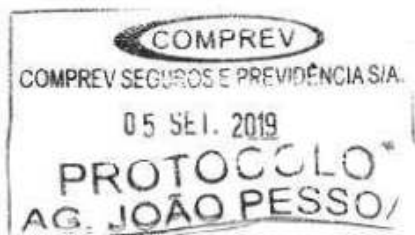
QUE, segundo a declarante no dia 20/04/2019 por volta das 20:18 horas quando transitava, pela Rua Adalgisa Carneiro Cavalcante (Cunhar); bairro: Valentina; João Pessoa-PB, na moto tipo HONDA/CG 160 FAN ESDI ano e modelo: 2016/2016, de cor vermelha de placa: QFV3247/PB CHASSI: 9C2KC2200GR507655 pertencente ao Sr. Luan Rodrigues de Araújo; Que segundo a mesma vinha pilotando normalmente a moto quando surgiu uma outra moto não identificada na contramão fazendo com que a declarante perdesse o controle da moto. Que devido ao fato a declarante veio a cair ao solo sendo socorrida pelo CORPO DE BOMBEIROS conforme CERTIDÃO de nº 0119/2019 sendo conduzido ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o prontuário de nº 1157220, FRATURA DA DIÁFISE ÚMERO DIREITO conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO CRM 1873/PB.

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

João Pessoa/PB, 28 de agosto de 2019.

  
**CRISTIANO CRUZ CORDULA**  
Agente de Investigação

  
**THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA**  
Noticiante



Procedimento Policial: 09892.01.2019.1.00.401





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 710.871.864-20 4 - Nome completo da vítima: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

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

5 - Nome completo: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA 6 - CPF: 710.871.864-20  
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA NOVA JERUSALEM 9 - Número: 89 10 - Complemento: AP 201  
11 - Bairro: GRAMAME 12 - Cidade: JAOAO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58067-220  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98708-8728

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 71157 6 AGÊNCIA: 05 SET. 2019

(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.

## 22 - 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. 39, §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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA-PB, 04 / 09 / 2019 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)





VISTO EM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Comandante do BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
3ª SEÇÃO - OPERAÇÕES**

JYHARNESON DIEGO A. DE SOUSA  
2º TEN - MAT. 527.341-2

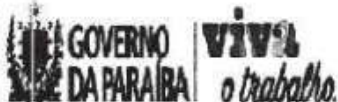
João Pessoa-PB, 03 de maio de 2019.

**CERTIDÃO Nº. 0119/2019**

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 20/04/2019, consta que foi socorrido por volta das 19h40min o Sr(a), **THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA**, CPF nº **710.871.864-20**, vítima de acidente (*queda de moto*), na rua Adalgisa C. Cavalcanti, Cuiá, João Pessoa/PB, consta que, a guarnição da viatura de prefixo **AP-54** tendo como chefe o **CABO BM JOHNATA MACIEL DA CRUZ**, Matrícula **522.766-6**, consta que a vítima estava consciente e orientada, com suspeita de fratura de membro superior, após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza**- CB BM, Mat. 523.518-9, ( ) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

**\_\_\_\_\_  
Chefe da 3ª Seção**



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar  
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, João Pessoa-PB  
Fone: (83) 3218-7979 - E-mail: baphbm@gmail.com





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA  
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570  
CNPJ: 09.123.454/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 140572029  
Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA  
DÉBITO AUTOMÁTICO  
07157770.0

VENCIMENTO  
15/09/2019

N° Documento: 20190971577700

ESCRITÓRIO JOAO PESSOA

MATRÍCULA

07157770.0

CLIENTE

LUAN RODRIGUES DE ARAUJO

CPF/CNPJ:

080.XXX.XXX-XX

INSCRIÇÃO

001.092.740.0299.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA NOVA JERUSALEM, 89 - AP/201/10 ANDAR - GRANDE JOAO PESSOA PB 58067-220

FATURA

09/2019

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

LICADO

ESGOTO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

08/2019 -	5	07/2019 -	5
06/2019 -	7	05/2019 -	5
04/2019 -	6	03/2019 -	5

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COO. AUXILIAR
1	6	R 5325

LEITURA

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO

(M³)

DIAZ

(M³)

CONSUMO/DIA

(M³)

172

178

6

32

0,19

01/08/2019

02/09/2019

N°Hr: Y15N323007

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

RESID

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

6 M3

37,91

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
05 SET. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Valor aproximado dos tributos FTS e COSTUR, Lei 10.743 de 2012, R\$ 5,72

TOTAL R\$

37,91

#CHEGADA DE TRABALHO INFANTIL

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 08/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.H.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 04/09/2019



CAGEPA

MATRÍCULA

07157770.0

INSCRIÇÃO

001.092.740.0299.000

FATURA

09/2019

NÃO RECEBER APÓS

30/09/2020

VENCIMENTO

15/09/2019

VALOR R\$

37,91

GRUPO: 103

FIRMA: 2

82650000000-3 37910010001-3 07157770001-7 09201990003-1

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2020 09:58:42

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072809584225200000031320939

Número do documento: 20072809584225200000031320939

Num. 32704525 - Pág. 6



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Luan Rodrigues de Araújo,  
RG nº 345 3999, data de expedição 08/02/2018  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 080.368.969-24,  
com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua projetada, nº S/N,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Thais Carolina da Costa Lima, cujo o condutor era  
Thais Carolina da Costa Lima.  
Veículo: motocicleta Modelo: Bomb/CE 160 FAN ESDI Ano: 2016  
Placa: QFV3247 Chassi: 9E2KC2200GR507655  
Data do Acidente: 20/04/2019.

Local e Data: 02/05/19 - João Pessoa - PB

Assinatura do Declarante

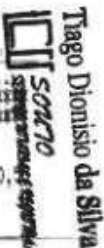
Luan Rodrigues de Araújo

Assinatura do Condutor

( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....  
LUAN RODRIGUES DE ARAUJO  
Em test.de verdade, João Pessoa-PB 08/05/2019 13:49:07  
Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar  
C2019-010366JENOL-RS 19.91 FAPENR 0.73 FEPJ-RS 1.98 ISS-RS 0,  
SELO DIGNITAL: AIL33795-SOVD  
Confira a autenticidade em <https://selo.dig.br>







## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA  
DATA DE NASCIMENTO 07/10/97  
NOME DA MÃE RAIMUNDA PEREIRA DA COSTA

### DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 115294  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1157220  
DATA DO ATENDIMENTO 20/04/19  
HORA DO ATENDIMENTO 20:18  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE ÚMERO DIREITO  
CID 10 S42.3

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR EM BRAÇO DIREITO DE A ACIDENTE

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DO BRAÇO DIREITO, ANTEBRAÇO DIR.  
EXAMES HEMATOLOGICOS  
ECG com risco cirúrgico.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX BRAÇO DIR. - FRATURA DA DIÁFISE DO ÚMERO DIREITO

### TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE DIÁFISE DIREITO

ALTA HOSPITALAR: 26/04/19  
DATA DA EMISSÃO: 02/07/19

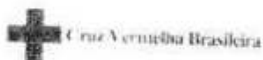
Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO  
CRM: 1873/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO. OBS. - O profissional que assina esse laudo não participou do atendimento médico.



Elivaldo Sales de Tolêdo  
CRM: 1873/PB





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Sede: Rua Rui Barbosa, 1.200 - Centro - João Pessoa - PB



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1157220



### Identificação do paciente

ID 1184116	Nome THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA	Sexo Feminino
Data de nascimento 07/10/1997	Idade 21 anos 6 meses 13 dias	Estado civil Solteira
Mãe RAIMUNDA PEREIRA DA COSTA	Pai MARCIO ANTONIO LIMA DE ANDRADE	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) LUAN RODRIGUES DE ARAUJO - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986713777	DDD Fixo 05
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4360200	Fone Fixo 60000000
Local de procedência CRISTO REDENTOR	Nº Cns 898004219539443	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO
		UF PB
		CBO 030R

### Endereço

CEP 58067220	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
Número 201	Complemento	Logradouro NOVA JERUSALEM
		Bairro GRAMAME

### Admissão

Data e Hora 20/04/2019 20:18:37	Número da pulseira 1000007585622	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X BICICLETA

### Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo ampoluência Não	Trauma Não
Meio de transporte PESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

### Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso _____	Temperatura _____
--------------------------	----------------	----------------------

### Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Observações

Paciente vítima de acidente de moto.  
consciente, orientado. Super as  
curtidas.

Diagnóstico

Atendido por  
ELIA VIEIRA DA SILVA

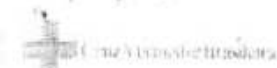
Elia Vieira da Silva  
COREN-PB 10.150 - EMF

CID

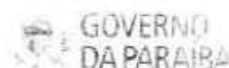
Tempo  
01min 20seg

Imprimir





Unidade de Pronto Atendimento e Trauma  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência



## SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente	THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA	RAE	1157220	Data/Hora Entrada	20/04/2019 20:18:37	Data Saída	
Data de nascimento	07/10/1997	Idade	21a 6m 13d	Sexo	Feminino	CNPJ	095004219539443
Mãe	RAIMUNDA PEREIRA DA COSTA	Telefone de Contato	(85) 9867-3777 - (00) 00000000	Endereço			
Endereço	NOVA JERUSALÉM, 201	Bairro	GRAMAME	Município	JOÃO PESSOA	UF	PE
Acidente	MOTO X BICICLETA	Motivo	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	THAYLANDIE BASILIO CAVALCANTE CRUZ	Nº C.A. Registro	10050
Data/Hora Classificação	20/04/2019 20:18:37	Data/Hora Prescrição	20/04/2019 20:34:55				

### Anamnese

#CIR.GERAL

PACIENTE TRAZIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS COM IMOBILIZAÇÃO EM MMSS DIREITO SEM CÔLAR CERVICAL E COM PRANCHA RÍGIDA. COM HISTÓRICO DE COLISÃO MOTO BICICLETA HÁ CERCA DE 30 MINUTOS, COM DOR EM MMSS D E ENCURTAMENTO DO BRAÇO DIREITO E REALIZAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO PELO CORPO DE BOMBEIROS(SIC)

VIAS AÉREAS PERVIAS E SEM CERVICALGIA  
AR: MV: AHT S/RA, EUPNEICA  
AC: BCNF S/SOPROS RCR 2T, SEM HEMORRAGIAS  
ECG 15 SEM DÉFICITS FOCAIS, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES  
ABDOMEN FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO, MMSS DIREITO IMOBILIZADO

### Conduta:

- 1) RAIO-X DE MMSS DIREITO
- 2) parecer da ortopedia
- 3) VIDE PRESCRIÇÃO
- 4) ALTA DA GERAL

ORIENTAÇÃO DR EDUARDO MOTTA

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500.0 ML VIA E.V. AGORA, 0.0 (MG/SM)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2.0 ML VIA E.V. AGORA, 0.0 (MG/SM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100.0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: 100ML SF0.9%)

TRAMADOL 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2.0 ML VIA E.V., AGORA (OBSERVAÇÕES: 100 ML SF0.9%)

### CUIDADOS

MONITORIZAÇÃO MULTIPARAMÉTRICA

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO

RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO DIREITO

### CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação

Dr. Thaylandie Basílio  
Residente de Cirurgia Geral  
CRM-PB 10050

THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

THAYLANDIE BASILIO CAVALCANTE CRUZ  
(CRM: 10050)

Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 20/04/2019 20:19:57



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2020 09:58:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072809584225200000031320939>

Número do documento: 20072809584225200000031320939



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB  
58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data Hora Entrada	Data Saída
THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA	1157220	20/04/2019 20:18:37	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Série de Registro
07/10/1997	21a 6m 14d	Feminino	85804219539443
Mãe			
RAIMUNDA PEREIRA DA COSTA			
Endereço	Bairro	Município	UF
NOVA JERUSALEM, 201	GRAMAME	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	N. Causa Registre
MOTO X BICICLETA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS	8618 PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
20/04/2019 20:18:37		20/04/2019 21:08:51	

Anamnese

ORTOPEDIA

PACIENTE TRAZIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS COM IMOBILIZAÇÃO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO SEM COLAR CERVICAL E COM PRANCHA RIGIDA. COM HISTÓRICO DE COLISÃO MOTO BICICLETA HA CERCA DE 30MINUTOS, COM DOR EM MSD E ENCURTAMENTO FOI REALIZADA IMOBILIZAÇÃO PELO CORPO DE BOMBEIROS(SIC)

VIAS AÉREAS PERVIAS E SEM CERVICALGIA

AR: MV/AHT S/RA, EUPNEICA

AC: BCNF S/SOPROS RCR 2T, SEM HEMORRAGIAS

ECG 15 SEM DEFICITS FOCAIS, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES

ABDOMEN FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO MMSS DIREITO IMOBILIZADO

HD: FRATURA DIAFISÁRIA DO UMBRO D

CONDUTA

1) IMOBILIZAÇÃO

2) ANALGESIA

3) INTERNAÇÃO HOSPITALAR

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: PELA MANHÃ EM JEJUM)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSARIO SE PAS > 160 OU PAD > 110 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 50,0) (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V. ACM, SE NECESSARIO SE HGT < 85 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 85)

CUIDADOS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

HGT 6/6HS

INSULINA REGULAR CONFORME HGT, (OBSERVAÇÕES: E PROTOCOLO HOSPITALAR)

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

HEMOGRAMA COMPLETO



**PROCEDIMENTO**

TALA AXILO PALMAR. (OBSERVAÇÕES: PINÇA DE CONFEITEIRO)

**CID10**

Código	Descrição
S42.3	Fratura da diáfise do úmero

**Conduta**

Internar Paciente

Dr. Everton Vasconcelos  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 6046  
CAENBRE 2025  
TEOT 1158-2

THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS  
(CRM 6515/PB)



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

Número: 1157220  
Paciente: Thaís Caroline de Costa Lima  
Procedimento: 40 ex. fratura galeoacetabular  
SUS: Não SUS  
Médico: Dr. Kentney; Dr. Roberto Almeida; Dr. João Casado MR

Data: 1/1  
Caixa Pronta: 1

DISPENSACÃO CME

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
<u>cx 4,5</u>				
<u>Rece. del. 07/10/2019</u>		<u>03</u>		
<u>Requisição emitida em 20/05/2019</u>		<u>06</u>		

DISPENSACÃO - FARMÁCIA

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	<u>Agulha de Gleason 250</u>	<u>03</u>		

ASSINATURA MÉDICO - CRM

ASSINATURA FARMÁCIA - FARM

Genel Jeneiro  
ASSINATURA CME - CME



<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 1/2
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE 1.1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE: <u>ATOP</u>			
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO ESPESALITANTE: <u>ATOP</u>			
3 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE 3.1 - NOME DO PACIENTE: <u>Thais Caroline de Costa Lima</u>			3.2 - Nº DO PRONTUÁRIO: <u>1357220</u>
4 - DATA DE NASCIMENTO: <u>11/11/1991</u>			
5 - SEXO: <u>F</u>			
6 - ENDEREÇO: <u>10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: _____</u>			
7 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
8 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
9 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
10 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
11 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
12 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
13 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
14 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
15 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
16 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): _____			
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>			
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: _____			
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: _____			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: _____			
21 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
22 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
23 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
24 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
25 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
26 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
27 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
28 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
29 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
30 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
31 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
32 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
33 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
34 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
35 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
36 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
37 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO: <u>cx 4,5</u> <u>1 box de p estirado 27 pinos</u> <u>Perceusos contínuos n° 20/5-22/4</u> <u>Agência de Saúde 250 (a)</u>			
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>			
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____			
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>24/04/15</u>			
41 - DOCUMENTO: _____			
42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CDF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____			
43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO: _____			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____			
45 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
46 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
47 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
48 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
49 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
50 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
51 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
52 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
53 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
54 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
55 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
56 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
57 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
58 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
59 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
60 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
61 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
62 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
63 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
64 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
65 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
66 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
67 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
68 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
69 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
70 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
71 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
72 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
73 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
74 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
75 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
76 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
77 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
78 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
79 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
80 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
81 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
82 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
83 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
84 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
85 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
86 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
87 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
88 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
89 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
90 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
91 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
92 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
93 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
94 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
95 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
96 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
97 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
98 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
99 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			
100 - CID: <u>10 - ENDEREÇO: _____</u>			





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

FOLHA 01

NOME: **THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA** BE/PRONTUÁRIO: **1157220**  
IDADE: **33** SEXO: **FEM** COR: **M03** DATA: **24/3/2019**  
CLÍNICA /SETOR: **ORTOPEDIA**  
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE UMERO DIREITO**  
CIRURGIÃO: **DR KARTNEY** 1º ASS: **DR ROBERTO**  
2º ASS: **MRI JOÃO PAULO** 3º ASS:   
INSTRUMENTADOR:  ANESTESISTA:   
TIPO DE ANESTESIA: **BLOQUEIO PLEXO** HORARIO INICIO:  TERMINO:

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO	CID
<b>FRATURA DIAFISARIA DO UMERO DIREITO</b>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<b>TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE UMERO DIREITO</b>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒

ENFERMARIA

TERAPIA INTENSIVA

RESIDÊNCIA

OBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: **24/4/2019**

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

王 强

Medico/CRM:

João Pessoa,

24/4/2019





[illegible]

Enclosure Containing  $n = 20/5 = 22$

Chemical Formula:  $\text{C}_6\text{H}_6$   
Molar Mass: 78.11 g/mol



# FICHA DE ANESTESIA

DATA: 24/09/19

PRONTUÁRIO: 1157220

PACIENTE: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

SEXO: F COR: IDADE: 21

169x66 PRESSÃO ARTERIAL PULSO 120 RESPIRAÇÃO TEMPERATURA 36,5 GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAL ( ) FÉRMIO RISCO CIRÚRGICO (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAL

EXAMES COMPLEMENTARES NORMAIS

AP. RESPIRATÓRIO EUPNEICA AP. CIRCULATÓRIO HIPERTENSA / TAQUICARDICA

AP. DIGESTIVO JEJUN ESTADO MENTAL LOTO DROGAS EM USO

PRE-ANESTÉSICO — ESTADO FÍSICO II (obesidade)

DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO Fx DE DIAPHRAGMA DE ÚTERO DIR.

CIRURGIA REALIZADA TTD CR DE Fx DE DIAPHRAGMA DE ÚTERO DIR

CIRURGIÃO DR. CARNEY ATENDENTES DR. ROBERTO

INÍCIO DA ANESTESIA 9:00 TERMINO DA ANESTESIA 11h DURAÇÃO DA ANESTESIA 2h

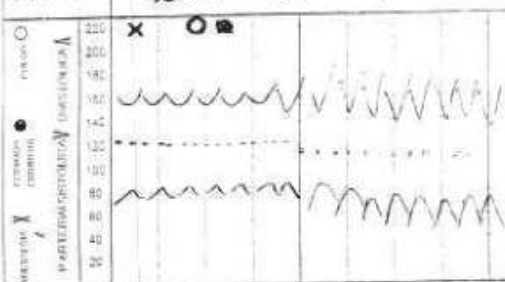
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT DE CR VALORES RS

ANESTESISTA DRA VANESSA + LUCIENNE (PE) JORNAL

ANESTESIA 9h 10h 11h

200ml 200ml 200ml

200ml 200ml 200ml



RES - RS - RS - RS - RS - RS  
100 - 98 - 100 - 98 - 98 - 96

☐ ANESTESIA GERAL ☐ SEDACIA ☐ EPIDURAL ☒ SEDACIA ☐ SEDACIA ☐ SEDACIA

EDUCAÇÃO MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

- |    |                          |    |                  |
|----|--------------------------|----|------------------|
| 1  | MIDAZOLAM 5mg            | 11 | Clonidina 150mcg |
| 2  | Fentanyl 100mcg          | 12 | Fentanyl         |
| 3  | Cefazolina 2g            | 13 |                  |
| 4  | Dexametasona 10mg        | 14 |                  |
| 5  | Ondansetrona 8mg         | 15 |                  |
| 6  | Dipriona 2g              | 16 |                  |
| 7  | Cetorfanol 100mg         | 17 |                  |
| 8  | NOVABUR 0,5% CVC 20ml BP | 18 |                  |
| 9  | Lidocaina 1% CVC 40ml BP | 19 |                  |
| 10 | Lidocaina 2% S/C 10ml BP | 20 |                  |

1) APA, MONITORIZAÇÃO, O2 SOB CN, Ventose HSG 20G PRIO e TGVIC

2) Sedação Venosa, DDI, Antissepsia Cervical e axilar, Puncão de pleco de braço lateral esquerdo e axilar e agulha 50mm e CNP sem intercorrências, Bloqueio Testagem

3) DDI, Puncão de plecos

4) Sufor e etílico

Vanessa Fraga de Sousa  
Médica CRM-PB 8287  
CPE 05117137105



## Documento de Alta

<b>Nome</b> THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA			<b>Número Prontuário:</b> 115294
<b>Data de</b> 07/10/1997	<b>Sexo:</b> Feminino	<b>Data de Internação:</b> 20/04/2019 21:46:45	<b>Data de Alta:</b> 26/04/2019 11:03:24
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> conduta=PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE UMEROS D ( EQUIPE CIRURGICA DR KARTNEY / DR ROBERTO ) EM 24/04/19 PACIENTE COM DIFICULDADE EXTENSÃO PUNHO E POLEGAR Ds , REFERE DOR LEVE, SEM SANGRAMENTO ATIVO, HD NEUROPRAXIA RADIAL ? CD: ALTA HOSPITALAR / AO AMBULATORIO PARA ACOMPANHAMENTO			
<b>Resumo da internação:</b> resumoInternacao=PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE UMEROS D ( EQUIPE CIRURGICA DR KARTNEY / DR ROBERTO ) EM 24/04/19 PACIENTE COM DIFICULDADE EXTENSÃO PUNHO E POLEGAR Ds , REFERE DOR LEVE, SEM SANGRAMENTO ATIVO, HD NEUROPRAXIA RADIAL ? CD: ALTA HOSPITALAR / AO AMBULATORIO PARA ACOMPANHAMENTO			
<b>Resultado de Exames:</b> resultadoExames=			
<b>Tratamento:</b> tratamento=PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE UMEROS D ( EQUIPE CIRURGICA DR KARTNEY / DR ROBERTO ) EM 24/04/19 PACIENTE COM DIFICULDADE EXTENSÃO PUNHO E POLEGAR Ds , REFERE DOR LEVE, SEM SANGRAMENTO ATIVO, HD NEUROPRAXIA RADIAL ? CD: ALTA HOSPITALAR / AO AMBULATORIO PARA ACOMPANHAMENTO			
<b>Diagnóstico:</b> S42.3 - Fratura da diáfise do úmero			
<b>Recomendações:</b> recomendacoes=PRESCRIÇÃO PARA CASA ORIENTAÇÕES AO AMBULATORIO DE MEDICO ASSISTENTE ( DR KARTNEY / DR ROBERTO )			

Data: 26/04/2019

LAURI FERREIRA DA COSTA  
JUNIOR  
CRM: 6918 - PB





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Luzena

Atendimento: 201932048282

Data Naso: 07/10/1997 - 21 anos

Paciente: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

Data Exame: 24/04/2019

## RADIOGRAFIA BRAÇO DIREITO

**Fratura completa, não consolidada, diafisária, fixada com placa e parafuso.**

*\* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*

*Este laudo foi liberado em 22/07/2019 10:40.*

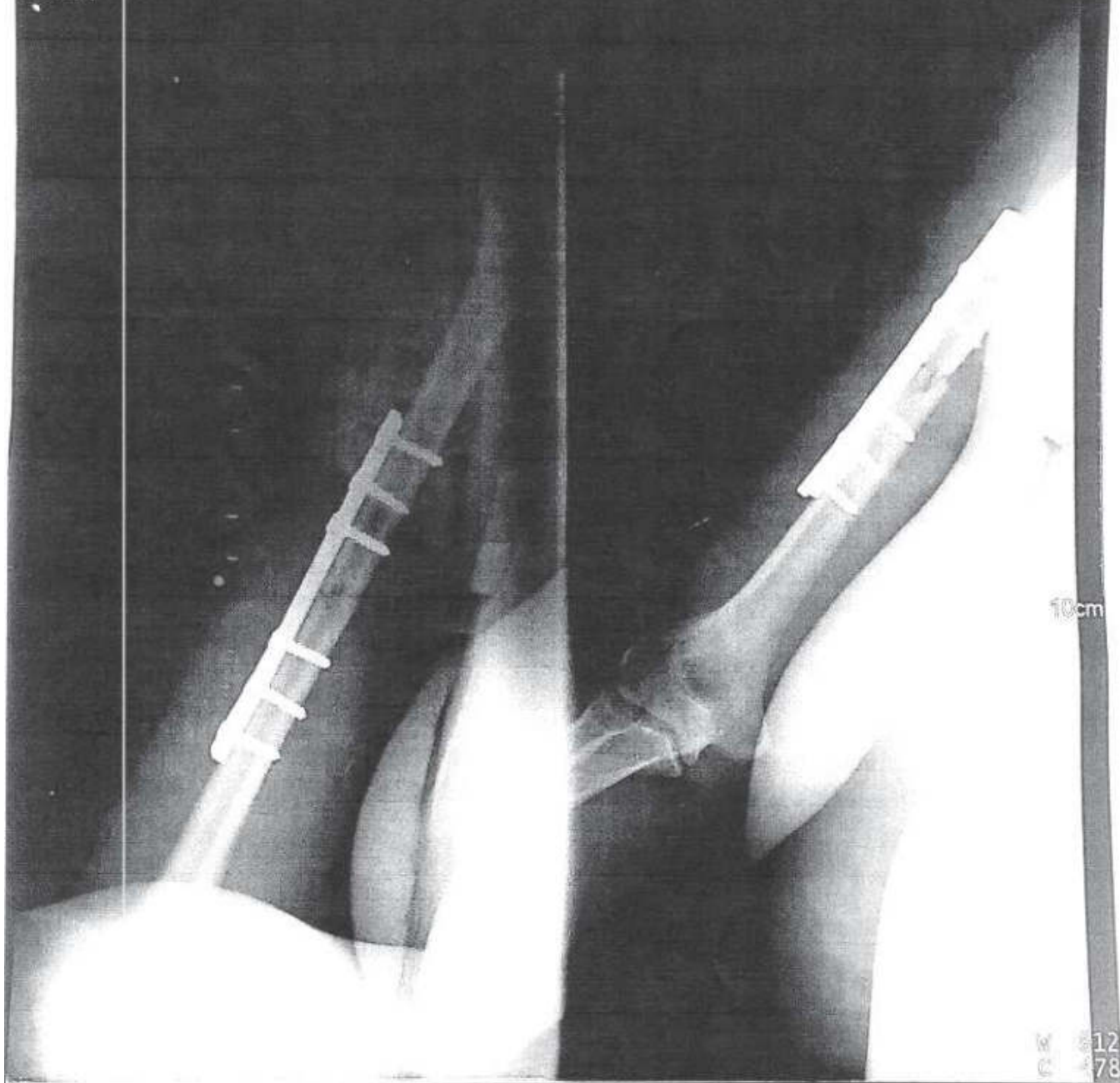
**Dr. Igor Motta de Aquino**  
**CRM: 6512- PB**



THAIS, CAROLINE, DA, COSTA, LIMA  
000000093838  
\*07-Oct-1997, F, 21Y  
# 30000228371

24-Apr-2019  
16:11:03  
1 IMA 1

HTOP  
PRITWO



THAIS, CAROLINE, DA, COSTA, LIMA

000000093838

\*07-Oct-1997, F, 21Y

# 300002394699

10-Jun-2019

07:24:31

1 IMA 1

1 of 1  
HTOP  
PRITWO

D

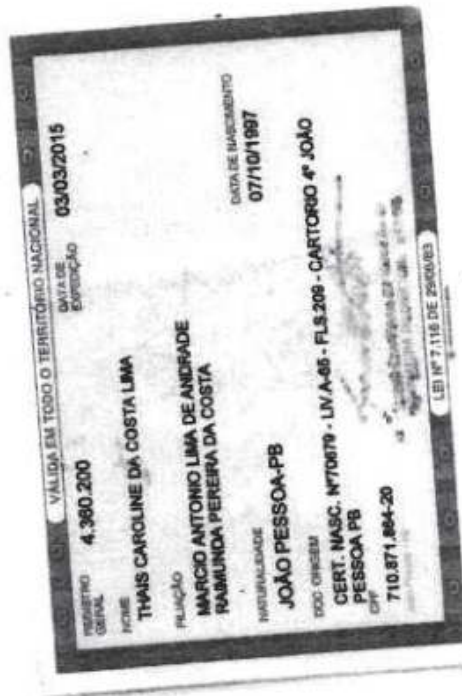
W 924  
C 416



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2020 09:58:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072809584225200000031320939>

Número do documento: 20072809584225200000031320939





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014797913777  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 000 RENAVAM PRT 20190000154373 EXERCÍCIO  
1 0109985405-6 00/000000000 2019

NOME  
LUAN RODRIGUES DE ARAUJO

CPF / CNPJ  
08036196425

PLACA  
QFV3247/PB

PLACA ANT. UF CHASSI  
NOVO PB 9C2KC2200GR507655

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL  
PAS/MOTOCICLETA/NAC APPLIC 3700/CL201

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CG 160 FAN ESDI 2016 2016

CAP. POT. / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2 P/162 /CI PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
00/00/0000 1º

FAXA L.FICA PARCELAMENTO / COTAS  
\*\*\*\*\* 0 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 15/04/2019

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO  
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL DATA  
JOAO PESSOA-PB 15/04/2019

42072

39217

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 014797913777 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2019 15/04/2019

VIA 000 RENAVAM PRT 20190000154373 EXERCÍCIO  
1 08036196425 QFV3247/PB

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.  
HONDA/CG 160 FAN ESDI 2016 2016

CAP. POT. / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
2 P/162 /CI PARTIC VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS  
00/00/0000 1º

FAXA L.FICA PARCELAMENTO / COTAS  
\*\*\*\*\* 0 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO  
\*\*\*\*\* SEGURO PAGO 15/04/2019

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO  
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL DATA  
JOAO PESSOA-PB 15/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.245.908/0001-04

39217-1511187-20190415

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

05 SET. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## - IDENTIFICAÇÃO

VITIMA \_\_\_\_\_ CPF DA VITIMA \_\_\_\_\_  
DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PAPEL É \_\_\_\_\_  
A VITIMA É \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO DO PORTADOR \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
CIDADE \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE ( ) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## - DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE



## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM OCORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS CONTRIBUÍDAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO O LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190518649 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA **Data do acidente:** 20/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190518649 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA **Data do acidente:** 20/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 13/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0308338/19

**Vítima:** THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

**CPF:** 710.871.864-20

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 20/04/2019

**Titular do CPF:** THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA : 710.871.864-20**

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](http://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: 05/09/2019  
Nome: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA  
CPF: 710.871.864-20

\_\_\_\_\_  
THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/09/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

\_\_\_\_\_  
RENATO LUNA DIAS





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE ☐

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 710.871.864-20 4 - Nome completo da vítima: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

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

5 - Nome completo: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA 6 - CPF: 710.871.864-20

7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: RUA NOVA JERUSALÉM 9 - Número: 87 10 - Complemento: AP. 201

11 - Bairro: GRAMAHE 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58067-220

15 - E-mail: 16 - Tel/(DDD): (51)99708-8728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☒ Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1729 9 CONTA: 1000 364 4 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.

22 - 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, e a quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prevenção com 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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 03/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237      AGÊNCIA: 2373-6      CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01729-9

CONTA: 000001000364-4

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO0910201905000000000023701729000001000364236250 PAGO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 23 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190518649**

**Vítima: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA**

**Data do Acidente: 20/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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. 00765/00766 - carta\_25 - INVALIDEZ

00030383







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190518649

Vítima: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

Data do Acidente: 20/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

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 14906538

Pag. 00957/00958 - carta\_01 - INVALIDEZ

00350479

