



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
32704 525	28/07/2020 09:58	<u>2737536_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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, 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 indeniz.

informações que o pagamento da multa exigida no artigo 21, § 1º, II, do Código de Defesa do Consumidor.

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, retorno 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS		1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - Número sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 710.871.864-20 4 - Nome completo da vítima: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA			
<small>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</small>					
5 - Nome completo: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA		6 - CPF: 710.871.864-20		9 - Número: 10 - Complemento: 89 AP 201	
7 - Profissão: <input checked="" type="radio"/> RECLUSO		8 - Endereço: RUA NOVA JERUSALEM		13 - Estado: PB 14 - CEP: 58067-220	
11 - Bairro: GRAMAME		12 - Cidade: JAOAO PESSOA		16 - Tel(DDD): (83) 98708-8728	
<small>DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR</small>					
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: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 30%;"> <input checked="" type="radio"/> RECLUSO INFORMAR <input type="radio"/> SEM RENDA </div> <div style="width: 30%;"> <input type="radio"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="radio"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 </div> <div style="width: 30%;"> <input type="radio"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="radio"/> ACIMA DE R\$5.000,00 </div> </div>					
21 - DADOS BANCÁRIOS: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <input checked="" type="radio"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="radio"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO </div> <div style="width: 45%;"> <input type="radio"/> RECLAMANTE/TUTOR COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. Nome do BANCO: 05 SET. 2019 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <input checked="" type="radio"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) </div> <div style="width: 70%;"> <input type="radio"/> Bradesco (237) <input type="radio"/> Itaú (341) <input type="radio"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="radio"/> Caixa Econômica Federal (104) </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">AGÊNCIA: 0036</div> <div style="width: 30%;">CONTA: 71157</div> <div style="width: 30%;">6</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">(Informar o dígito se existir)</div> <div style="width: 30%;">(Informar o dígito se existir)</div> <div style="width: 30%;">(Informar o dígito se existir)</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;">(Informar o dígito se existir)</div> <div style="width: 30%;">(Informar o dígito se existir)</div> <div style="width: 30%;">(Informar o dígito se existir)</div> </div>					
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):					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou </div> <div style="width: 33%;"> <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou </div> <div style="width: 33%;"> <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. </div> </div>					
Pelic 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 as 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.					
23 - Declaração de únicos beneficiários - Preenchimento somente para cobertura de morte					
24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (al nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 33%;">34</div> <div style="width: 33%;">35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido</div> <div style="width: 33%;">36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido</div> </div>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 33%;">37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido</div> <div style="width: 33%;">38 - 1º Nome: _____ CPF: _____</div> <div style="width: 33%;">Assinatura da testemunha</div> </div>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 33%;">40 - Local e Data, JOÃO PESSOA-PB, 04 / 09 / 2019</div> <div style="width: 33%;">41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)</div> <div style="width: 33%;">43 - Assinatura do Procurador (se houver)</div> </div>					
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) II01 V002/2019					





**SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL**
Delegacia Geral da Polícia Civil

**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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 N° 09892.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: Á(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, N° 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, expoço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 28 de agosto de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA
Noticiante

Noticiante

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
05 SET. 2019
PROTÓCOLO*
AG. JOÃO PESSO/

Procedimento Policial: 09892.01.2019.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS 1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE 2 - Número sinistro ou ASI: <input type="text"/> 3 - CPF da vítima: <input type="text"/> 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: <input type="text"/> 710.871.864-20 7 - Profissão: <input checked="" type="radio"/> RECLUSO 8 - Endereço: <input type="text"/> RUA NOVA JERUSALEM 9 - Número: <input type="text"/> 89 10 - Complemento: <input type="text"/> AP 201 11 - Bairro: <input type="text"/> GRAMAME 12 - Cidade: <input type="text"/> JAOAO PESSOA 13 - Estado: <input type="text"/> PB 14 - CEP: <input type="text"/> 58067-220 15 - E-mail: <input type="text"/> 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: <input type="text"/> 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: <input checked="" type="radio"/> RECLUSO INFORMAR <input type="radio"/> SEM RENDA <input type="radio"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="radio"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="radio"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="radio"/> ACIMA DE R\$5.000,00 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="radio"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="radio"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="radio"/> TUTOR/CURADOR <input type="radio"/> COMPROVANTE DE CURADOR/TUTOR <input checked="" type="radio"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="radio"/> Bradesco (237) <input type="radio"/> Itaú (341) <input type="radio"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="radio"/> Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: <input type="text"/> 0036 CONTA: <input type="text"/> 71157 DIGITO: 6 <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small> 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 <small>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):</small> <input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. <small>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 as 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.</small>	
23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE 23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____ 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____ 28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (al nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <small>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.</small>	
NÃO AUTORIZADO 34 <small>Identificação de quem assina o rogo/a pedido</small> 35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido <small>36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido</small> 37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	
TESTEMUNHAS 38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ <small>Assinatura da testemunha</small> 39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ <small>Assinatura da testemunha</small> 40 - Local e Data: <input type="text"/> JOÃO PESSOA-PB, 04 / 09 / 2019 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) <small>101 V002/2019</small> 43 - Assinatura do Procurador (se houver)	





VISTO EM: / / / /

Comandante do BAPH

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

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

João Pessoa-PB, 03 de maio de 2019.

CERTIDÃO N°. 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

COMPRE
SEGURANÇA
COMPRE
SEGURO
PREVIDÊNCIA
ASIA
95 SET. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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

Nº Documento: 20190971577700

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 229 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
 CNPJ: 09.123.454/0001-07 - INSC. ESTADUAL Nº 140572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07157770.0VENCIMENTO
15/09/2019

MATRÍCULA 07157770.0	CLIENTE LUAN RODRIGUES DE ARAUJO	ESCRITÓRIO JOÃO PESSOA	CPF/CNPJ: 080.XXX.XXX-XX
INSCRIÇÃO 001.092.740.0299.000	ENDERECO DO IMÓVEL RUA NOVA JERUSALÉM, 89 - AP/201/10 ANDAR - GRANAME JOÃO PESSOA PB 58067-223		FATURA 09/2019
RESPONSÁVEL ENDERECO PARA ENTREGA		ÁGUA LIGADO	ESGOTO POTENCIAL
ULTIMOS CONSUMOS 08/2019 - 5 06/2019 - 5 04/2019 - 5	ECONOMIAS CONS. POR ECONOMIA COD. AUXILIAR 1 6 R 5325	LEITURA ANTERIOR 172 01/08/2019	CONSUMO (M ³) DIAS 32 0,19 NºHm: Y15N322300'
		CONSUMO/DIA	

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
<small>RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA</small>		<small>6 M3</small> 	37,91
		TOTAL R\$	37,91
#CHEGADA 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		Cox. Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro(mg/L)	P.H.			Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido em: 04/09/2019

Emitido por: INTERNET

MATRÍCULA
07157770.0INSCRIÇÃO
001.092.740.0299.000FATURA
09/2019NÃO RECEBER APÓS
30/09/2020

VENCIMENTO

15/09/2019

VALOR R\$

37,91

GRUPO: 105

FIRMA: 2

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

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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, Souza Rodrigues da Graça,

RG nº 345 3999, data de expedição 08/02/2006,

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 080.368.963-25,

com domicílio na cidade de Jacó Pessoa, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Presidente, nº S/N,

complemento Centro, 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 Caroline da Costa Lima, cujo o condutor era

Thais Caroline da Costa Lima.

Veículo: motocicleta Modelo: Bomba/C5 160 FAN ESTL Ano: 2016

Placa: QFV3247 Chassi: 9E2KC2200 GR507 655

Data do Acidente: 20/04/2019.

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

Assinatura do Declarante

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



SEGURO MORTALHO E COMPARETE
Sônia - Agência São Paulo Centro

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firmas(s) des.....
LUAN RODRIGUES DE ARAUJO
Em teste de verdade, João Pessoa-PB 08/05/2019 13:49:07
Tiago Dionisio da Silva - Auxiliar
2019-0103661ENOLR# 99 91 FARFERR# 0,29 FEPJ:R# 1,98 ISS:R# 0,
SELO DIGITAL: AII33795-SGVD
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE 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 CIRÚRGICO DE FRASTURA DE DIÁFISE DIREITO

ALTA HOSPITALAR: 26/04/19

DATA DA EMISSÃO: 02/07/19

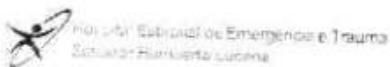
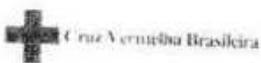


ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO OBS. - O profissional que assina esse laudo não participou do atendimento médico.



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. 8



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 Solteiro
Mãe RAIMUNDA PEREIRA DA COSTA		Pai MARCIO ANTONIO LIMA DE ANDRADE
Escolaridade		Responsável (Parentesco) LUAN RODRIGUES DE ARAUJO - ESPOSO(A)
DDD Móvel 63	Fone Móvel 986713777	DDD Fixo 03
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4360200	Fone Fixo 00000000
Local de procedência CRISTO REDENTOR		Nº Cns 898004219639443
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB
		CEP:

Endereço

CEP 58067220	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Lopradouro NOVA JERUSALÉM
Número 201	Complemento		Bairro GRAMAME

Admissão

Data e Hora 20/04/2019 20:18:37	Número da pulseira 1000007585622	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Cílica	
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	Vôo ou ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte PESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA X	mmHg	Peso	Temperatura
---------	------	------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasomografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Lâminas clínicas

Paciente vítima de acidente de moto.
Consciente, orientado. Segue as
orientações.

Diagnóstico

Atendido por
ELMA VIEIRA DA SILVA

*Edval Lima de Farias
COREN-PB
1151-SIF*

CD

Tempo
01min 20seg



SALA DE OBSERVAÇÃO AREA 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	Plano de Contato (83) 9867-3777 - 1001 00000009*
Mãe RAIMUNDA PEREIRA DA COSTA			UF
Endereço NOVA JERUSALEM 201	Bairro GRAMAME	Profissão JOÃO PESSOA	PE
Acidente MOTO X BICICLETA	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Prontuário THAYLANDIE BASILIO CAVALCANTE CRUZ	Nº Cadastrado 10050
Data/Hora Classificação 20/04/2019 20:18:37		Data nota Prescrição 20/04/2019 20:34:55	

Anamnese

#CIR.GERAL

PACIENTE TRAZIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS COM IMOBILIZAÇÃO EM MMSS DIREITO SEM COLAR CERVICAL E COM PRANCHA RÍGIDA.

COM HISTÓRICO DE COLISÃO MOTO BICICLETA HÁ CERCA DE 30MINUTOS COM DOR EM MMSS D E ENCURTAMENTO DO BRAÇO DIREITO E REALIZAÇÃO DE IMOBILIZAÇÃO PELO CORPO DE BOMBEIROS(SIC)

VIAS AÉREAS PERTIVAS E SEM CERVICALGIA

AR:MV,AHT,S/RA,EUPNEICA

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

ECG 15 SEM DÉFÍCITS FOCais ,PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES

ABDOME FLÁCIDO E INDOLAR A 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 (MGTSIM)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSIM)

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 Basilio
Residente da Cirurgia Geral
CRM-PB 10050

THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

THAYLANDIE BASILIO CAVALCANTE CRUZ

(CRM: 10050)

Documento 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

Num. 32704525 - Pág. 10



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAB	Data/Hora Entrada	Sexo
THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA	1157220	20/04/2019 20:18:37	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
07/10/1997	21a 6m 14d	Feminino	(83) 986713777 / (00) 00000000
Mãe			Pront. 123456
RAIMUNDA PEREIRA DA COSTA			
Endereço	Bairro	Município	UF
NOVA JERUSALEM, 201	GRAMAME	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	N. C.R. - Telefone
MOTO X BICICLETA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS	3612 PB
Data/Hora Clasificação		Data/Hora Prescrição	
20/04/2019 20:18:37		20/04/2019 21:30:51	

Anamnese

ORTOPEDIA

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

VIAS AÉREAS PERTIVAS E SEM CERVICALGIA

AR MV,AHt S/Ra,EUPNEICA
AC.BCNF S/SOPROS RCR 2T,SEM HEMORRAGIAS
ECG 15 SEM DEFÍCITS FOCais. PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES
ABDOme FLÁCIDO E INDOLo A PALPACAO MMSS DIREITO IMOBILIZADO

HD: FRATURA DIAFISÁRIA DO ÚMERO 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 CAPSULA, 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/BH

Diluir

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

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H

Diluir

CETOPIFENO 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) - SOLÚVEL, ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V. ACM. SE NECESSARIO SE HGT<65 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 30,0) (OBSERVAÇÕES: SE HGT<60)

CUIDADOS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

HGT 6/6HS

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

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

EDG (ELETROGALVANOMETRO) - SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. em 20/04/2019 20:18:57

HEMOGRAMA COMPLETO



PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR. (OBSERVAÇÕES: PINCA DE CONFITEIRO)

CID10

Código	Descrição
S42.3	Fratura da diáfise do úmero

Conduta

Internar Paciente

THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

~~Dr. Evandro Vasconcelos
Ortopedista e Traumatologo
CRM-SP 0646
CAE-MPTE 2225*
UBC 1588-1~~

EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS
(CRM 651893)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2020 09:58:42
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007280958422520000031320939>
Número do documento: 2007280958422520000031320939

Num. 32704525 - Pág. 12

SUS Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2					
Identificação do Estabelecimento de Saúde NOME DO ESTABELECIMENTO/ESTRUTURA <i>ATCP</i>									
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO/ESTRUTURA <i>ATCP</i>									
Identificação do Paciente 3 - NOME DO PACIENTE <i>Grais Caroline de Cetk Lima</i> 1357220									
4 - NOME DA PESSOA RESPONSÁVEL									
5 - ENDERECO (RUA, N°, Bairro)									
6 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA									
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)									
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO									
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO ANTERIOR									
19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO MUDANÇA									
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 21 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 TERC									
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)									
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 27 - CID 10 PROCEDIMENTO PRINCIPAL									
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE 29 - CID 10 PROCEDIMENTO ESPECIAL									
30 - CID 10 PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - CID 10 PROCEDIMENTO ESPECIAL									
32 - CID 10 PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - CID 10 PROCEDIMENTO ESPECIAL									
34 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO									
<p><i>ex 4.5</i> <i>Preciso de CP estreito 27 quilos</i> <i>Período de internação nº 20/5/2014</i> <i>Assinatura de Grais Caroline de Cetk Lima</i> <i>250 (01)</i></p>									
PROFISSIONAL SOLICITANTE									
35 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE									
36 - DOCUMENTO 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 43 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO CONSELHO									
<table border="1"> <tr> <td>CNS</td> <td>CPF</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					CNS	CPF			
CNS	CPF								
AUTORIZAÇÃO									
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - CID 10 PROCEDIMENTO 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO									
47 - DOCUMENTO 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 49 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO CONSELHO									
<table border="1"> <tr> <td>CNS</td> <td>CPF</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					CNS	CPF			
CNS	CPF								





RELATÓRIO DE CIRURGIA

ED 2019

NOME:	THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA	BE/PRONTUÁRIO	1157220
IDADE:	33	SEXO:	FEM
COR:		DATA:	24/3/2019
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA	M03	Z
CIRURGIA:	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE ÚMERO DIREITO		
CIRURGIÃO:	DR KARTNEY	1º ASS:	DR ROBERTO
2º ASS:	MR1 JOÃO PAULO	3º ASS:	
INSTRUMENTADOR:		ANESTESISTA:	
TIPO DE ANESTESIA:	BLOQUEIO PLEXO	HORARIO INÍCIO:	TERMINO

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
FRATURA DIAFISARIA DO UMERO DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE UMERO DIREITO	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:

Descrição:

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

OBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 24/4/2019



BELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

ANTIBIÓTICO PROFILAXIA

incisão:

VIA DE ACESSO ANTEROLATERAL DE BRAÇO DIREITO

HEMOSTASIA CRITERIOSA

DISSECÇÃO POR PLANOS

achados:

RATURA DIAFISARIA DO UMERO DIREITO

Conduta:

ISCLAMENTO DO NERVO RADIAL DIREITO

REDUÇÃO SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA

FIXAÇÃO COM PLACA DCP 4.5 ESTREITA 7 FUROS + 6 PARAFUSOS CORTICais

LMC COM SF0,9

REVISAO DE HEMOSTASIA

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS

URATIVOS ESTÉREIS

RX DE CONTROLE

Observação:

Medico/CRM:

João Pessoa,

24/4/2019



Sofia de Santa Catarina



Thraupis Cinerascens de Costa Lima.

~~91 1157220~~

15/03

22 135+220 15/10/2
190 cir. Fractura diafisária do úmero D.
Dr. Renato ; Dr. Roberto Amorim ; Dr. José Roberto P.
Rogério)
Cir. de pectoral. Fr. rcc
Cplm.

24.04.19 09:00

CHIC

0930 - 68.00

idgutto or bloomin d 50(c)

Place out estimate of price

Pericúso Contícuo $n = 20 / 5 = 22 / 5$

COCO-LATE
Creme-fine
Creme 88.85 + 5%



RETELE

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 24/04/19

PONTUARIO: 1157 220

SEXO: F COR: IDADE: 21

PACIENTE: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

169x66 PRESSAO ARTERIAL PULSO 120 RESPIRACAO TEMPERATURA PEQUENO SORVETE SANGUE

ESTADO GERAL: BOM / IRREGULAR / MELHORANDO ESGO CIRURGICO: BOM / PESSIMAL / MELHORANDO

EXAMES COMPLEMENTARES: NORMAIS

AP. RESPIRATORIO: EUPNEICA AP. CIRCULATORIO: H. PERTENSA / TAQUICARDIA

AP. DIGESTIVO: JESUM ESTADOMENTAL: LOTE DROGAS EM USO:

PRE-ANESTESICO:

DOSE: HORA:

ESTADO FISICO:
II (OBSEQUIADA)

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: FX DE DIAPSE DE UNGUE DIR.

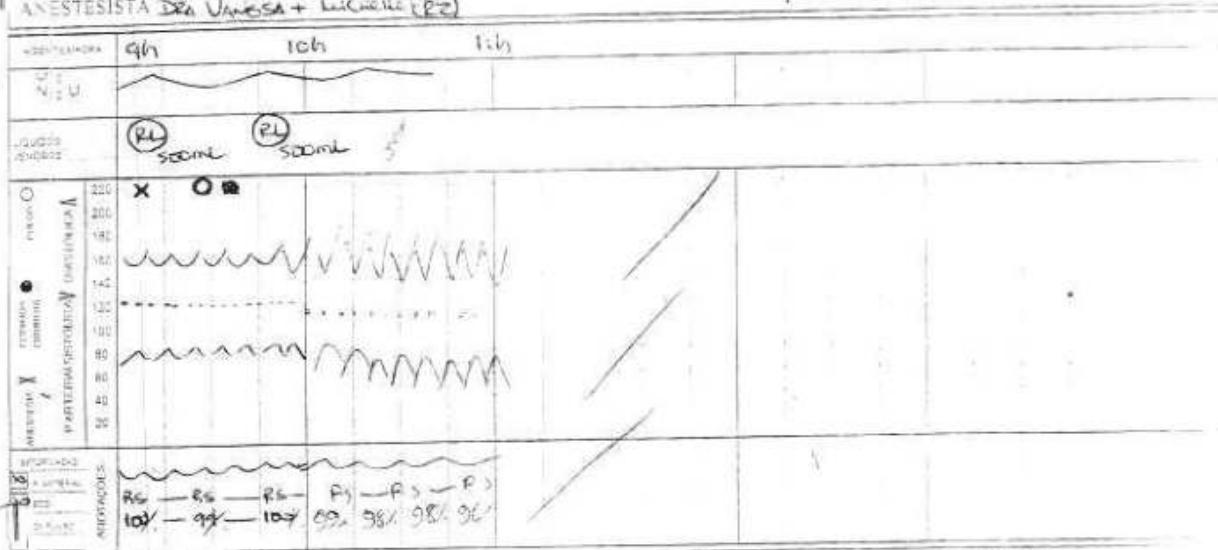
CIRURGIA REALIZADA: TTO CUR DE FX DE DIAPSE DE UNGUE DIR.

CIRURGIÃO DR. CARTNEY ASSISTENTE DR. ROBERTO

INICIO DA ANESTESIA: 9:00 TERMINADA ANESTESIA: 11h DURACAO: 2h

CODIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT DE DR: VALORES:

ANESTESISTA DR. VANESSA + LUCIANA (PB) CRM-PB

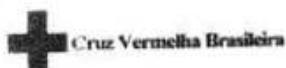


<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> LACUNAR	<input type="checkbox"/> LOCAL	<input checked="" type="checkbox"/> SEPARADA	<input type="checkbox"/> BLOQUEIO	<input type="checkbox"/> D. T. S. S. C. O. P.
EUDRUG					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
1. MIDAZOLAM 5mg	11. Clonidina 150mcg				
2. FORTANIL 100mcg	12. FUMAZEPYL				
3. CAFÉDILINA 25	13.				
4. DEXAMETAZONA 10mg	14.				
5. ONDANSETRON 8mg	15.				
6. DIPRIVINA 2g	16.				
7. CETOFLUOFENOL 100mg	17.				
8. NOXAUBRI 0,5% CVC 20mg BP	18.				
9. LIDOCALINA 1% CVC 40ml BP	19.				
10. LIDOCALINA 2% SVC 10ML BP	20.				

DIRETIVAS IMPORTANTES:

- 1) APA, MONITORIZAÇÃO, O2 SOB CN, VERIFICAR MSG 20G PROXIMO E PÓS-OP.
- 2) SEDAGAO VENOSA, DDI, ANESTESIA CERVICAL E AXILLAR, PUNÇÃO DE PLATEO DE BRAÇO/CAPO, ESGO CERVICAL E AXILLAR E AGULHA 50mm e ENP SEM INTERCOTERAPIAS, BLOCOUSO TETRADE
- 3) DDI, PROTETOR DE PLEXOS
- 4) SUPORTE CLÍNICO.

Vanessa Franda de Sousa
 MÉDICA CRM-PB 8287



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Documento de Alta

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



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. 19



Atendimento: 201932048282

Data Nasc: 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 e critério clínico.

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

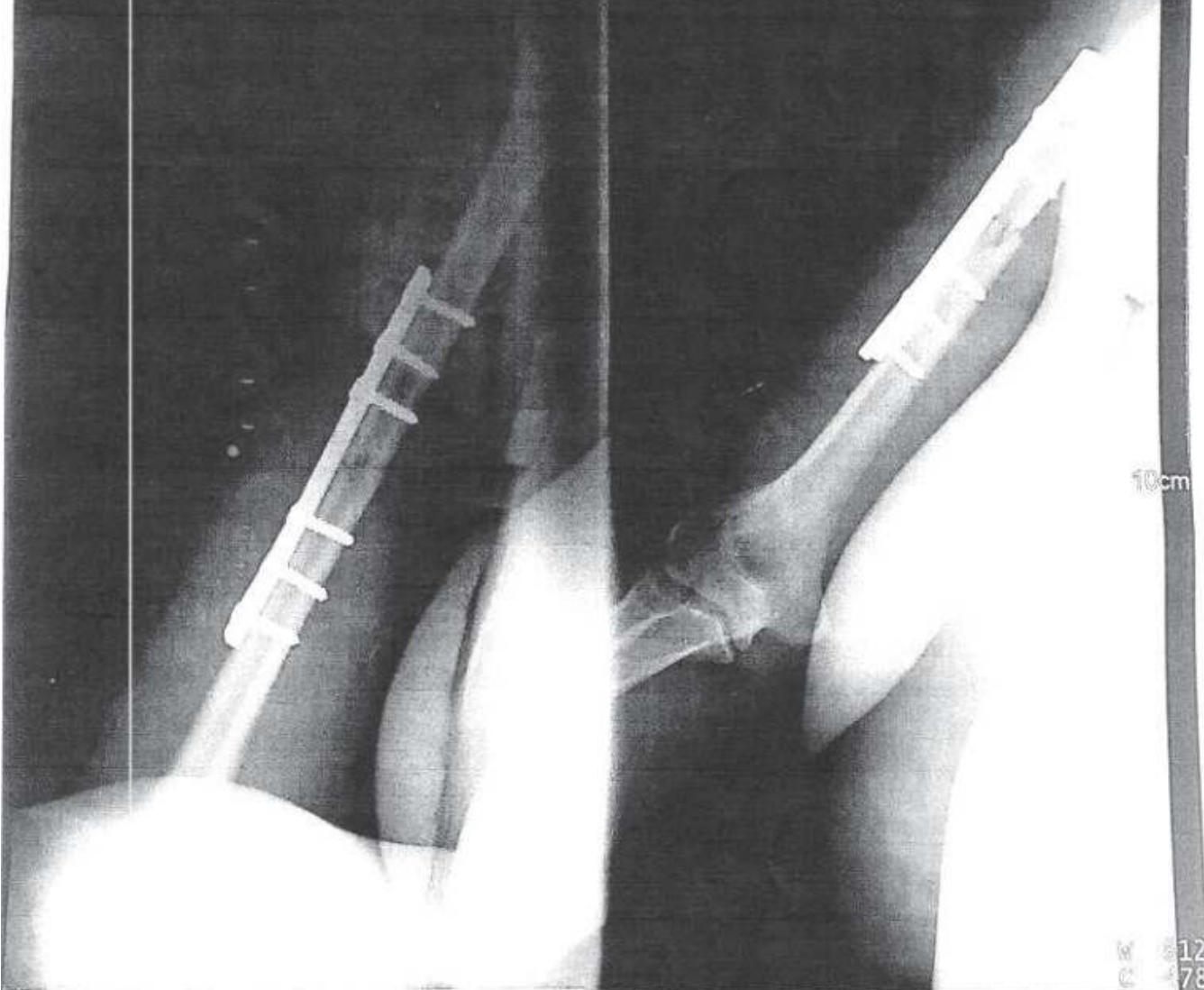

Dr. Igor Motta de Aquino
CRM: 6512- PB



THAIS, CAROLINE, DA, COSTA, LIMA
000000093838
*07-Oct-1997, F, 21Y
30000222371

HTOP
PRITWO

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



12
78



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. 21

THAIS, CAROLINE, DA, COSTA, LIMA
000000093838
*07-Oct-1997, F, 21Y
300002394699

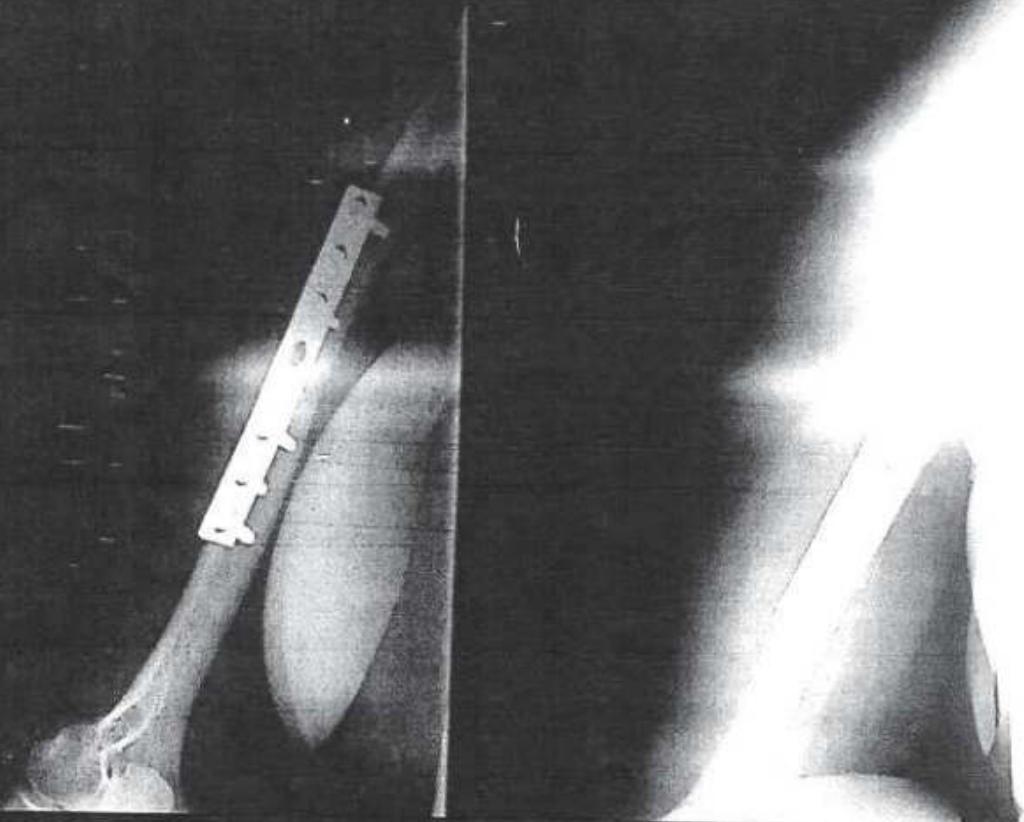
HTOP
PRITWO

10-Jun-2019

07:24:31

1 IMA 1

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

Num. 32704525 - Pág. 22



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

03/03/2015

DATA DE EXPEDIÇÃO

4.360.200

Nº do RG: 4.360.200

Nome: THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

FILHO/A: MARCIO ANTONIO LIMA DE ANDRADE
RAMMUNDA PEREIRA DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO: 07/10/1997

RESIDÊNCIA: JOÃO PESSOA-PB

TODO DIREITO RESERVADO

CERT. NASC. Nº700879 - LVA-05 - FLS 206 - CARTÓRIO 4º JOÃO
PESSOA PB
CRF
710.871.884-20

LEI Nº 7.118, DE 29/06/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

LACRE	DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO VIA PRT 201900001543738 1 0109985405-6 00/00000000 2019	Nº 014797913777
00442200066616	PLACA NOVA RODA NOVO PB 9C2KC2200GR507655	EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2019 15/04/2019
6	CPF / CNPJ 08036196425	PLACA QFV3247/PB
	CHASSI NOVO	
	ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLETA / NAC APILO	COMBUSTIVEL A20 / GASOL
	MARCA / MODELO HONDA / CG 160 FAN ESDI	ANO FAB. - ANO MOD. 2016 2016
	CAP / POT / CIL 2 P / 162 / CI	CATEGORIA PARTIC
	COR PREDOMINANTE VERMELHA	
I P V A	VENC. COTA UNICA 00/00/0000	VENC / COTAS 1 ^a 2 ^a 3 ^a
	FAIXA LEVA *****	PARCELAMENTO / COTAS 0
	PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *****	IDF (R\$) *****
	PRÉMIO TOTAL (R\$) SEGURADOR PAGO	DENATRAN (R\$) *****
	DATA DE PAGAMENTO 15/04/2019	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
	OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATÓRIO NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA	
	JOAO PESSOA-PB	LOCAL 15/04/2019
	421072	DATA 39217

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - 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

VIA	CPF / CNPJ 1 08036196425	PLACA QFV3247/PB
RENAVAM 01099854056	MARCA / MODELO HONDA / CG 160 FAN ESDI	ANO FAB. - QNT. TAMB. 2016 9
NP CHASSI 9C2KC2200GR507655		
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IDF (R\$) *****	VALOR SERVIDO PELO SEGURO (R\$) *****
SEGURADOR PAGO	PAGAMENTO COTA UNICA <input checked="" type="checkbox"/> PARCELA <input type="checkbox"/>	DATA DE GUITAÇÃO 15/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.346.808/0001-04

39217-1511187-20190415



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



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. 24

seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

- IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE

VÍTIMA _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR

() VÍTIMA

() REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARCEIRO ESTÁ COM

A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR

Nº _____ COMPLEMENTO _____

CIDADE _____ UF _____

Bairro _____

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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE

TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (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 VÍTIMA 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)

() COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

(ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM

OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROMISSO 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 VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE
DA VÍTIMA.

() CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROMISSO DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

* MARRET = 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 COMPROVADAS.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

* MARRET = 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 COMPROVADAS.

* 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
LISTADO NESTE FORMULARIO

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADO.TRANSITO.COM.BR OU LIGU

GRATIS SAC DPVAT 0800 072 1264

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

IDENTIDADE _____

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

ASSINATURA _____

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE



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 - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

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

Sequelas: Com sequelas

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 - OSTEOSSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 7

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

Sequelas: Com sequelas

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 médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

THAIS CAROLINE DA COSTA LIMA

RENATO LUNA DIAS



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. 28



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	310.871.864-20	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:	310.871.864-20		
7 - Profissão:	PELUSO	8 - Endereço:	RUA NOVA JERUSALEM
9 - Número:	87	10 - Complemento:	AP. 201
11 - Bairro:	GRAMAME	12 - Cidade:	JÓIA PESSOA
13 - Estado:	PB	14 - CEP:	58067-220
15 - E-mail:	(83) 98708-8728		

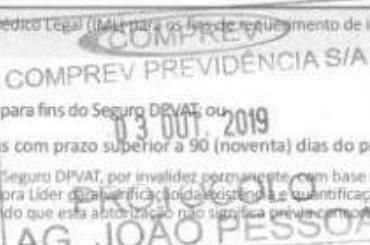
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR SEM RENDA		R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ 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	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237) Banco do Brasil (001)		BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA CORRENTE (todos os bancos) Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> Itaú (341) Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 1729 CONTA: 1000 364 4 (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 o direito de renegociação de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):	
<input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> 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 as custas da Seguradora Líder para averiguação da existência e a quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prevenção da fiança com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.	


COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 03 OUT 2019
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	Solteiro	Casado (ró 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	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (varascer)?	Sim	31 - Vítima teve irmãos?	Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	Sim
Não				Não		Não				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, extendo 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 <small>Assinatura digital da vítima ou beneficiário, com identificação</small>	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, _____ Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
-----------------------------------------------------	----------------------------------------------------	-------------------------------------------

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



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. 29

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

BRADESCO09102019050000000002370172900001000364236250 PAGO



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. 30



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, 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-DRVAT

Estamos aqui para Você

pag. 00765/00766 - carta 25 - INVALIDEZ

00030383



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2020 09:58:42
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007280958422520000031320939>
Número do documento: 2007280958422520000031320939

Núm. 32704525 - Pág. 31



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 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, contados 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 n° 14906538



Zan 00957/00958 - carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/07/2020 09:58:42
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20072809584225200000031320939>
Número do documento: 20072809584225200000031320939

Núm. 32704525 - Pág. 32