



Número: **0803720-55.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **20/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro, Indenização por Dano Material, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ISANETE DE ARAUJO MEIRA (AUTOR)	ERICKY PEDRO DE MELO PEREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35205 766	07/10/2020 11:56	<u>Petição</u>	Petição
35205 767	07/10/2020 11:56	<u>2739596_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
35205 769	07/10/2020 11:56	<u>2739596_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:56:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711562681600000033641878>
Número do documento: 20100711562681600000033641878

Num. 35205766 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200184554 **Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA**

Data do Acidente: 28/07/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISANETE DE ARAUJO MEIRA

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 nº 15794361





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, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200184554 **Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA**

Data do Acidente: 28/07/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ISANETE DE ARAUJO MEIRA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001909

Conta: 0000042993-3

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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROMISSO DE DEPÓSITO

08/05/2020 HORA: 09:21:48
DATA EFETIVACAO: 08/05
CONJUNTO: 000666340
OPERAÇÃO: CRM

AGÊNCIA: 1909
CONTA: 013.00042993-3
NOME: TSANETE DE ARAUJO MEIRA
VALOR: 10,00
COD. OPERAÇÃO: 660536738

015 DE CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO DE PAGAMENTO NO CREDITO NA CONTA É DE ATE 30 MINUTOS

SAI CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

CaixaDorita: 0800 725 7474

caixa.gov.br



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02127.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02127.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:18 horas do dia 23 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **ISANETE DE ARAUJO MEIRA**, CPF nº 497.696.344-68, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Divulgadora, filho(a) de Anete Maria de Araújo e Inácio de Almeida Meira, natural de Boa Vista/PB, nascido(a) em 13/04/1965 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Odilon Lúcio de Souza, Nº 16, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Praça Coqueiral, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98613-9073.

Dados do(s) Fatos:

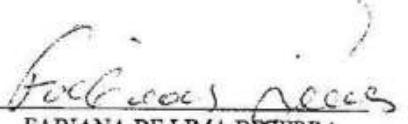
Local: Av. Josefa Taveira, Em Frente a Caixa Econômica Federal, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/07/17 12:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

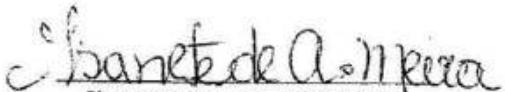
Que ao atravessar a via na faixa de pedestres em frente a Caixa Econômica Federal foi atropelada por uma MOTO NÃO IDENTIFICADA, vindo em decorrência a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 17.11.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrida pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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 fé.

João Pessoa/PB, 23 de novembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Noticiante

Procedimento Policial: 02127.01.2017.1.00.420

1/1



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 000000042993-3

Nr. da Autenticação D915A0580A17C241



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:56:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711562702300000033641879>
Número do documento: 20100711562702300000033641879

Num. 35205767 - Pág. 6



ISANETE DE ARAUJO MEIRA
R ODILON LUCIO DE SOUZA 16
MANGABEIRA
58056-420 JOAO PESSOA PB

Acesse sua conta e outros serviços:
No App Minha Claro
Na internet - mioclaro.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em braille, ligue 1052
Para deficientes auditivos, ligue 08000362323

Veja aqui o que está sendo cobrado:		
1.Planos Contratados	R\$ 54,99	
2.Itens Adicionais	R\$ 11,99	
Total	R\$ 66,98	

Período de Uso	Vencimento	
de 21/03/2020 a 20/04/2020	15/05/2020	
Valor pago na última conta: R\$ 54,99		Valor R\$
1.Planos Contratados	83 99166 9485	54,99
Oferta Conjunta Claro MIX Aplicativos Digitais Claro Controle 4GB + Minutos ilimitados (158) Desconto promocional		-10,00
Serviços Inclusos no seu Plano Pacote de Dados Controle 4GB		
Sub Total - Plano Contratado		R\$ 54,99
2.Itens Adicionais	83 99166 9485	
Pacote adicional de Internet - 300MB	R\$ 11,99	R\$ 11,99
Sub Total - Itens Adicionais		R\$ 66,98
Total a Pagar		

Prezado Cliente,

Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331. Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco



Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
ISANETE DE ARAUJO MEIRA	123994967	21/03/20 a 20/04/20	R\$ 66,98	15/05/20
	Claro NE DDD 81 a 89			

84880000000-0 | 66980221202-1 | 00515123994-1 | 96701118122-0

Autenticação Mecânica substitutiva não resulgar, destrar ou perfurar
esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:56:27
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711562702300000033641879
Número do documento: 20100711562702300000033641879

Num. 35205767 - Pág. 7

EVANY GALDINO DE MELO OLIVEIRA
RUA FROTA CARMEN MOREIRA COUTINHO, 1112 / CASA - BANCARIOS
JOAO PESSOA / PB CEP: 58052699 (AG. 5)



Bruno CONVENTIONAL/BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1
Classe RES/MT C B1 / Subsérie RESIDENCIAL
Ligação MONOFÁSICO
Rótulo: 2-5-45-4140 N° Medidor: 00002180000

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/216000-0

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002180000

VALOR DA FATURA

R\$ 242,00

VENCIMENTO

13/04/2020

REFERÊNCIA

Abr / 2020

CONSUMO

279kWh

8,30 kWh
MÉDIA MÊS

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRITIVO

CG	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributo	Valor Base Unit.	Alm	ICMS Base Cál. P/IR/ICMS/IR
				(R\$)	(R\$)	(R\$)
0031	Consumo mês/ LANÇAMENTOS SERVIÇOS	279	0,010000	227,02	27,41,29	227,02 2,41 11,14
0037	CONTRASERVI (LIM PÚBLICA)			10,21	0,00 0 0,00	0,00 0,00
0034	JUROS DE MORA 02/2020			0,50	0,00 0 0,00	0,00 0,00
0025	MULTA 03/2020			4,27	0,00 0 0,00	0,00 0,00

CCO Código de Classificação de Item
Tabela de Tributos: 0 645400

RESERVADO AO FISCO

R\$1.1696,1600 R\$154,6604 55881,1006,8e35,

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Abriu	253	LEITURAS	Anterior 09/03/10	08/03
Mar/10	250			
Jun/10	255			
Jul/10	258			
Set/10	244			
Set/10	243			
Out/10	246			
Nov/10	249			
Dez/10	270			
Jan/11	251			
Fev/11	242			
Mar/11	258			
Másc	254			

PRÓXIMA LEITURA
06/05/2020

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia/PE	59,79	24,71
Compra de Energia	74,62	30,79
Encargo de Transmissão	8,88	3,71
Encargos Sistemas	9,58	4,01
Imposto de Renda e Encargos	83,82	35,12
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	242,00	100,00

Encargo de Juro do Sistema de Distribuição (Ref 2/2020) R\$77,09

INDICADORES DE QUALIDADE

META	MENSAL	APURADO	TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENDÊNCIA(6)
Horas que a rede pode fornecer energia: 95%	5,07	5,02	10,19	20,30	NOMINAL 220
Vezes que o fornecedor deve entregar: 95%	2,17	0,00	6,95	12,70	CONTRATADO
Quando o fornecedor deve entregar a energia no período: 95%	1,98	1,98	4,95	9,88	LIMITE INFERIOR 202
Quando o fornecedor deve entregar a energia: 95%	12,22	12,22	30,55	61,10	LIMITE SUPERIOR 211

ATENÇÃO

Declarado de Ocupação Anual de Débitos. Conforme previsto na Lei 12.007 de 19 de junho de 2009, informa-se a ocupação dos débitos referentes aos fatos comuns (regulares) de energia a elevar da unidade consumidora, vendida no período 2010 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para efeitos de comprovação do cumprimento das obrigações de consumo, as quais sejam as fixas e regulares, menores dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

Para manter sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa CNH e WhatsApp: (32) 99195-6140.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 9135

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Haroldo Pereira de Oliveira junior
inscrito (a) no CPF/CNPJ 090.538.974,37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Isanete de Oliveira Meira inscrito (a) no CPF sob o Nº 497.696.394,68,
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Isanete de Oliveira Meira,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 497.696.344,68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

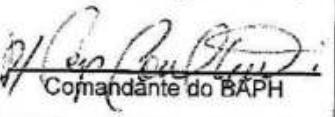
Endereço:	<u>Rua Professor Camilo M. Coutinho</u>	Número:	<u>112</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Boméios</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58052-490</u>	
E-mail:	<u>haroldo.junior@gmail.com</u>						Tel.(DDD):	<u>(83) 98811-1173</u>

Local e Data: João Pessoa 13 de maio de 2020

Haroldo Pereira de Oliveira junior
Assinatura do Declarante





VISTO EM: 25/11/17

Comandante do BAPH

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

João Pessoa-PB, 13 de setembro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 351/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 28/07/2017, conforme requerimento nº 342/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 12h45min o/a Sr.(a) **ISANETE DE ARAUJO MEIRA** CPF: 497.696.344-68 vítima de acidente de trânsito (*atropelamento*), ocorrido na Av. Josefa Taveira, Mangabeira – João Pessoa/PB. Tendo como ponto de referência a Caixa Econômica. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48 tendo como chefe o/a **SARGENTO BM JAIME DOS SANTOS FERREIRA**, Matrícula: 514.900-2. Vítima consciente e orientada, com dores no membro superior e dores na região do tórax. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu Jânio Damião Carneiro de Alencar - SGT BM Mat. 520.030-0, auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

OTWANERON DIEGO A. DE SOUSA
OTWANERON DIEGO A. DE SOUSA
Ten-MAT 527.341-2
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Leibão, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Isanete de Araujo Meira

DATA DE NASCIMENTO 13/04/65

NOME DA MÃE Anete Maria de Araujo

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 103344

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1016616

DATA DO ATENDIMENTO 28/07/17

HORA DO ATENDIMENTO 13:15

MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento

DIAGNÓSTICO (S) Luxação acromioclavicular esquerda

CID 10 S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento, com queixa de dor em ombro esquerdo, exame neurovascular normal, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, ombro E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acromioclavicular E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular esquerda

ALTA HOSPITALAR: 03/08/17

DATA DA EMISSÃO: 17/11/2017 (2ª via emitida em 04/10/19)

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



AREA VERMELHA
 Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 5803109
 Tel:
 CNES: 6121221

Paciente ISANETE DE ARAUJO MEIRA	BAE 1016616	Data/Hora Entrada 28/07/2017 13:15:30
Data de nascimento 13/04/1965	Idade 52	Sexo Feminino
Mão ISANETE MARIA DE ARAUJO		
Endereço ESTUDANTE THIAGO OZANAN ALCÂNTARA BENÍCIO, 60	Bairro ÁGUA FRIA	Município JOAO PESSOA
Acidente FOTO X PEDESTRE	Motivo ATROPELAMENTO	Profissional MATHEUS MARINHO ENOMOTO
Data/Hora Classificação 28/07/2017 13:15:30		Data/Hora Prescrição 28/07/2017 15:52:03

anamnese

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HOJE NO PERÍODO VESPERTINO, COM DOR NA REGIÃO DE OMBRO ESQUERDO DESDE ENTRADA, EXAME NEUROVASCULAR NORMAL RX. LAC CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS SOLICITO FONTE: RENAL CIRÚRGICO TIPOIA HEMI J ESQUERDA

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSIM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSIM)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 150 OU FAD > 110 ; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H, 0,0 (MGTSIM)

OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSIM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MGTSIM)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H, 0,0 (MGTSIM)

Diluir

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

Dr. Matheus Enomoto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB-6204

CUIDADOS**CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)**

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, (OBSERVAÇÕES: RISCO CIRURGICO)**EXAME LABORATORIAL****HEMOGRAMA (MASCULINO - ADULTO)****COAGULOGRAMA COMPLETO****EXAME DE IMAGEM****ELETROCARDIOGRAMA****PROCEDIMENTO****TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: HEMI J ESQUERDA)****Conduta**

Internar Paciente

Dr. Matheus Enomoto
Especialista em Traumatologia
07/10/2020
MATHEUS MACHADO ENOMOTO
(10204/PB)

ISANETE DE ARAUJO MEIRA





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031-000

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	ISANETE DE ARAUJO MEIRA	BAE	1016616	Data/Hora Entrada	28/07/2017 13:15:30	UF	PE
Data de nascimento	13/04/1965	Idade	52	Sexo	M	PA	98652121
Mãe	ANETE MARIA DE ARAUJO					UF	PE
Endereço	ESTUDANTE THIAGO OZANAN ALCÂNTARA BENÍCIO, 60	Bairro	ÁGUA FRIA	Município	JOAO PESSOA	UF	PB
Acidente	MOTO X PEDESTRE	Motivo	ATROPELAMENTO	Profissional	OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ	UF	PB
Data/Hora Classificação	28/07/2017 13:15:30			Entregue à FMS Fria - Prescrição	28/07/2017 13:35:28	UF	PB

Anamnese

PACIENTE COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO, COM TRAUMA FM OMBRO DIREITO, NEGA TRAUMA CRANIANO, NEGA DOR, VÓMITO, REPEDE DOR EM OMBRO ESQUERDO E CAIXA TORÁCICA ESQUERDA, ABDOME SEM ALTERAÇÕES, PA: 220X100 MM, 14-52, 75-100, RX OMBRO ESQUERDO E TORAX 2- SOLICITO AVALIAÇÃO ORTOPEDIA 3- ANALGÉSICA + ANTI HIPERTENSIVO

MEDICAÇÃO

CLONIDINA 200 MCG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 200,0 MCG VIA ORAL, AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: + 100 ML SF 4.9)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

ADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

ADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

Código	Descrição
F14.9	Traumatismo não especificado

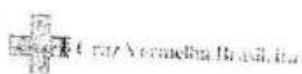
Conduta

Em observação

Olga Lacerda Mariz
Médica Residente - Cirurgia Geral
CRM-PB 10.271

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ
(10271/PB)

ISANETE DE ARAUJO MEIRA



Hospital Estadual de Pernambuco
Serviço Hospitalar

GOVERNO
DA PERNAMBUCO

AV. DRESTE S LUDVIA, 1011 - PERNAMBUCO
CEP: 5121221-000

Impresso por:
CIEGUEIRA, JAC
Em: 02/08/2017
Documento: 103344
Printed:
103344
Printed:
DIURNO

Paciente	Boleto de Atendimento	DATA HORA FONTE
ISANETE DE ARAUJO MEIRA	1016616	28/07/2017 13:15:30
Data de nascimento	Idade	Sexo
13/04/1965	52	Feminino
Tempo de internação	Permaneço	Na
4d 19h 10min	SUS	

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (BRUNO GUEDES WANDERLEY - 02/08/2017 12:35:10)

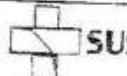
EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR SEM
INTERCORRÊNCIAS .
CD: VPM

Unidade: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0015
Profissional responsável pela informação: BRUNO GUEDES WANDERLEY

Número Conselho: 7840

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde			LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
Identificação do Estabelecimento da Saúde								
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNPJ		3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				
4 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		5 - CNPJ		6 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				
Identificação do Paciente								
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - ESTABELECIMENTO		9 - GÊNERO				
10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL		11 - TELÉFONE		12 - ENDERÉCO (RUA, N°, BAIRRO)				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF		16 - CEP		
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)								
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO								
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO		20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDÁRIO		25 - CID 10 COMORBIDIDADE		
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)								
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO		28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE			29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III		
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO								
<i>Agulha de plexo - 50-001 Fus de turclomer 2.0-001</i>								
PROFISSIONAL SOLICITANTE								
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		41 - DOCUMENTO				
<input type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		<input type="checkbox"/> 43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO CONSELHO				
<input type="checkbox"/> CPF								
AUTORIZAÇÃO								
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
47 - DOCUMENTO		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO CONSELHO				
<input type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		<input type="checkbox"/> 49 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO CONSELHO				
<input type="checkbox"/> CPF								



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Fernando de Araújo Lima RH Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: _____

Clinica/Setor: _____ EAP: _____ LP: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: Dr. Alvaro 1º Assistente: Dr. Palmeira

2º Assistente: Dr. Gláucio (R2) 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Telmo

Tipo de Anestesia: Brigada Gélio Período: Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<u>- Descolamento peritoneal clássico</u>		

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>- Tratamento cirúrgico de descolamento peritoneal clássico.</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

*Suelio Moreira Torres
Médico
CRM PB 9127*

João Pessoa, 02/08/16



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: <i>Isomete de Moraes Henrique</i>		DATA: 28/17		TEMPO DE DURAÇÃO: 10:30:15:00	
IDADE: 52 BE 1016616 PESO: 60KG		PESO: 60KG		PESO: 60KG	
CIRURGIA: <i>Tto curv. luxação heteromó clavicular (C)</i>		CIRURGIA: <i>luxação heteromó clavicular (C)</i>		CIRURGIA: <i>luxação heteromó clavicular (C)</i>	
ANESTESIA: <i>bloqueio de plexo</i>		ANESTESIA: <i>bloqueio de plexo</i>		ANESTESIA: <i>bloqueio de plexo</i>	
ANESTHESIA: <i>bloqueio de plexo</i>		ANESTHESIA: <i>bloqueio de plexo</i>		ANESTHESIA: <i>bloqueio de plexo</i>	
INSTIGAMENTOS:		INSTIGAMENTOS:		INSTIGAMENTOS:	
DATA: 28/17		TEMPO DE DURAÇÃO: 10:30:15:00		TEMPO DE DURAÇÃO: 10:30:15:00	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA: ASA 1 (SAÚDE) ASA 2 (ASA 1) ASA 3 (ASA 2) ASA 4 (ASA 3)		ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA: ASA 1 (SAÚDE) ASA 2 (ASA 1) ASA 3 (ASA 2) ASA 4 (ASA 3)		ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA: ASA 1 (SAÚDE) ASA 2 (ASA 1) ASA 3 (ASA 2) ASA 4 (ASA 3)	
GASAL DE CONTAMINACAO: CIRURGIA: CONTAMINADA (INDA MAIS) GASES: GASES: GASES: GASES: GASES: GASES:		GASAL DE CONTAMINACAO: CIRURGIA: CONTAMINADA (INDA MAIS) GASES: GASES: GASES: GASES: GASES: GASES:		GASAL DE CONTAMINACAO: CIRURGIA: CONTAMINADA (INDA MAIS) GASES: GASES: GASES: GASES: GASES: GASES:	
MEDICACOES ANESTESICAS: QTD:		MEDICACOES ANESTESICAS: QTD:		MEDICACOES ANESTESICAS: QTD:	
ALFENTANILA		MATERIAIS CONT:		QTD:	
BIPIVACAÍNA NORÁTRICA		BIPIVACAÍNA NORÁTRICA		FIOS	
BIPIVACAÍNA PESADA		BIPIVACAÍNA PESADA		FIOS	
CETAMINA		CETAMINA		FIOS	
DROPERIDOL		DROPERIDOL		FIOS	
EQUINATO		SOLUÇÕES		QTD:	
FENIBARBITAL		FENIBARBITAL		QTD:	
FENTANILA		FENTANILA		QTD:	
FLUMAQUETAL		FLUMAQUETAL		QTD:	
ISOFLURANO		ISOFLURANO		QTD:	
LEVOBIPIVACAÍNA C-VASO		LEVOBIPIVACAÍNA C-VASO		QTD:	
LEVOSPIROFEN		LEVOSPIROFEN		QTD:	
LIDOCACINA C-VASO		LIDOCACINA C-VASO		QTD:	
MIDAZOLAM		MIDAZOLAM		QTD:	
MORFINA		MORFINA		QTD:	
NACIBUM		NACIBUM		QTD:	
PANCOBUTA		PANCOBUTA		QTD:	
PENTETNA		PENTETNA		QTD:	
PFI		PFI		QTD:	
SEVOFLURANO		SEVOFLURANO		QTD:	
SINAMETONIO		SINAMETONIO		QTD:	
TOPIENTAL		TOPIENTAL		QTD:	
MEDICACOES		MATERIAIS		QTD:	
ADRENALINA		ADRENALINA		QTD:	
ALFA-1-ADRENALINA		ALFA-1-ADRENALINA		QTD:	
ATROPINA		ATROPINA		QTD:	
B. AIRA		B. AIRA		QTD:	
CETAZOLINA		CETAZOLINA		QTD:	
DE-VAMETASONA		DE-VAMETASONA		QTD:	
DEIRONA STORCA		DEIRONA STORCA		QTD:	
EFDERINA		EFDERINA		QTD:	
FUKOSAMIDA		FUKOSAMIDA		QTD:	
GLICOSE 5%		GLICOSE 5%		QTD:	
LACTONATO DE CALCIO		LACTONATO DE CALCIO		QTD:	
HIDROCORTISONA		HIDROCORTISONA		QTD:	
LIPOCALINA GLEIA		LIPOCALINA GLEIA		QTD:	
OLASABENTRONA		OLASABENTRONA		QTD:	
P. ASIL		P. ASIL		QTD:	
PROSTIGMINE		PROSTIGMINE		QTD:	
PROTAMINA		PROTAMINA		QTD:	
TENOXICAM		TENOXICAM		QTD:	
Catoprogen		Catoprogen		QTD:	
ESPOONIA DE PAPE		ESPOONIA DE PAPE		QTD:	
ESPARADARANA		ESPARADARANA		QTD:	
GAZES		GAZES		QTD:	
GAZES ALGODONADAS		GAZES ALGODONADAS		QTD:	
GEL ELETROLITICO		GEL ELETROLITICO		QTD:	
JELCO N14		JELCO N14		QTD:	
JELCO N16		JELCO N16		QTD:	
Agulha de P. Drenar n. 50		Agulha de P. Drenar n. 50		QTD:	
Ris. 671616 n. 5		Ris. 671616 n. 5		QTD:	
MATERIAIS		MATERIAIS		QTD:	
MATERIAIS CONT:		MATERIAIS CONT:		QTD:	
BIPIVACAÍNA NORÁTRICA		BIPIVACAÍNA NORÁTRICA		QTD:	
BIPIVACAÍNA PESADA		BIPIVACAÍNA PESADA		QTD:	
CETAMINA		CETAMINA		QTD:	
DROPERIDOL		DROPERIDOL		QTD:	
EQUINATO		EQUINATO		QTD:	
FENIBARBITAL		FENIBARBITAL		QTD:	
FENTANILA		FENTANILA		QTD:	
FLUMAQUETAL		FLUMAQUETAL		QTD:	
ISOFLURANO		ISOFLURANO		QTD:	
LEVOBIPIVACAÍNA C-VASO		LEVOBIPIVACAÍNA C-VASO		QTD:	
LEVOSPIROFEN		LEVOSPIROFEN		QTD:	
LIDOCACINA C-VASO		LIDOCACINA C-VASO		QTD:	
MIDAZOLAM		MIDAZOLAM		QTD:	
MORFINA		MORFINA		QTD:	
NACIBUM		NACIBUM		QTD:	
PANCOBUTA		PANCOBUTA		QTD:	
PENTETNA		PENTETNA		QTD:	
PFI		PFI		QTD:	
SEVOFLURANO		SEVOFLURANO		QTD:	
SINAMETONIO		SINAMETONIO		QTD:	
TOPIENTAL		TOPIENTAL		QTD:	
MEDICACOES		MEDICACOES		QTD:	
ADRENALINA		ADRENALINA		QTD:	
ALFA-1-ADRENALINA		ALFA-1-ADRENALINA		QTD:	
ATROPINA		ATROPINA		QTD:	
B. AIRA		B. AIRA		QTD:	
CETAZOLINA		CETAZOLINA		QTD:	
DE-VAMETASONA		DE-VAMETASONA		QTD:	
DEIRONA STORCA		DEIRONA STORCA		QTD:	
EFDERINA		EFDERINA		QTD:	
FUKOSAMIDA		FUKOSAMIDA		QTD:	
GLICOSE 5%		GLICOSE 5%		QTD:	
LACTONATO DE CALCIO		LACTONATO DE CALCIO		QTD:	
HIDROCORTISONA		HIDROCORTISONA		QTD:	
LIPOCALINA GLEIA		LIPOCALINA GLEIA		QTD:	
OLASABENTRONA		OLASABENTRONA		QTD:	
P. ASIL		P. ASIL		QTD:	
PROSTIGMINE		PROSTIGMINE		QTD:	
PROTAMINA		PROTAMINA		QTD:	
TENOXICAM		TENOXICAM		QTD:	
Catoprogen		Catoprogen		QTD:	
ESPOONIA DE PAPE		ESPOONIA DE PAPE		QTD:	
ESPARADARANA		ESPARADARANA		QTD:	
GAZES		GAZES		QTD:	
GAZES ALGODONADAS		GAZES ALGODONADAS		QTD:	
GEL ELETROLITICO		GEL ELETROLITICO		QTD:	
JELCO N14		JELCO N14		QTD:	
JELCO N16		JELCO N16		QTD:	
MATERIAIS		MATERIAIS		QTD:	
BIPIVACAÍNA NORÁTRICA		BIPIVACAÍNA NORÁTRICA		QTD:	
BIPIVACAÍNA PESADA		BIPIVACAÍNA PESADA		QTD:	
CETAMINA		CETAMINA		QTD:	
DROPERIDOL		DROPERIDOL		QTD:	
EQUINATO		EQUINATO		QTD:	
FENIBARBITAL		FENIBARBITAL		QTD:	
FENTANILA		FENTANILA		QTD:	
FLUMAQUETAL		FLUMAQUETAL		QTD:	
ISOFLURANO		ISOFLURANO		QTD:	
LEVOBIPIVACAÍNA C-VASO		LEVOBIPIVACAÍNA C-VASO		QTD:	
LEVOSPIROFEN		LEVOSPIROFEN		QTD:	
LIDOCACINA C-VASO		LIDOCACINA C-VASO		QTD:	
MIDAZOLAM		MIDAZOLAM		QTD:	
MORFINA		MORFINA		QTD:	
NACIBUM		NACIBUM		QTD:	
PANCOBUTA		PANCOBUTA		QTD:	
PENTETNA		PENTETNA		QTD:	
PFI		PFI		QTD:	
SEVOFLURANO		SEVOFLURANO		QTD:	
SINAMETONIO		SINAMETONIO		QTD:	
TOPIENTAL		TOPIENTAL		QTD:	
MEDICACOES		MEDICACOES		QTD:	
ADRENALINA					

Agatha de Plessen n. 50
Fins Etelund n. 5

Normal to ω -L.S.





DEPARTAMENTO
DE ORTOPEDIA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



REF: 11

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 - Posição em Decúbito dorsal com fricção
- 2 - Anestesia e antissepsia
- 3 - Afixação de canudos cirúrgicos

Incisão:

- 4 - Incisão na Síntese
- 5 - Dissecção parafascial
- 6 - Hemostase cirúrgica

Achados:

- 7 - Dureza no tecido

Cónduta:

- 8 - Infundibula daíss. Túnel percutâneo
desenvolvida dorsal
- 9 - Hipofisiolise + fratura subcondral
com fio Ethibone 5.0
- 10 - fixação de fricção
tecido clavicular com fio
KC 2.5 sobre escápula

Fechamento:

- 10 - Sutura fio 3.0
- 11 - curativa estéril

- 12 - Rx de controle

Observação:

- 13 - Triptor 865

Glauber M. Moreira Torres
CRM: 10220
Médico

João Pessoa, 02/08/17

Médico/CRM:

JURIDICO ESCRITURA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:56:27

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711562702300000033641879

Número do documento: 20100711562702300000033641879

Num. 35205767 - Pág. 20



INACIO DE ALMEIDA MEIRELES
ANETE MARIA DE ARNUJO

1376471965
VISTA-PB
DOA
MARSHALL ISLANDS

REC. ONUDEP. N. 5134 FLS. 43 LIV. A 15
CARIBARIO BOA VISTA-PB
497-696-344-68

卷之三

10





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:56:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711562702300000033641879>
Número do documento: 20100711562702300000033641879

Num. 35205767 - Pág. 22



LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.06.112017.30774

ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Órgão requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Alberto Jorge Diniz e Silva
Delegacia de Acidentes de Veículos da capital

*Isanete de Araújo meira
02/04/18.*



C: 695417 Laudo nº: 03.01.06.112017.30774

LAUDO TRAUMATOLÓGICO
Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 23/11/2017 Hora do exame: 16:29

Órgão Requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital, nº da Solicitação: 405/2017
Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva. Nome: ISANETE DE ARAUJO MEIRA, 52anos, sexo: Feminino Raça/cor: filho(a) de: Inácio de Almeida Meira e de: Anete Maria de Araújo, Estado civil: ignorado. Nacionalidade: Brasileira. Natural de: Boa Vista/PB. Profissão: ignorado.

HISTÓRICO: A periciada relata que foi vítima de acidente de trânsito em 28.07.2017. Encontra-se em tratamento fisioterápico.

DESCRIÇÃO: O exame do membro superior esquerdo, incluindo região clavicular, revela cicatriz cirúrgica em região anterior do ombro esquerdo, de disposição oblíqua, medindo aproximadamente 9 cm. O exame funcional revela limitação do movimento de elevação e abdução desse membro. Trouxe laudo médico emitido em 17.11.2017 pelo Dr. Juan Jaime CRM 3323, onde consta admissão no Hospital de Traumas em 28/07/2017, com diagnóstico de luxação acrômio clavicular esquerda, cujo tratamento foi cirúrgico. Trouxe ainda laudo médico emitido em 27/10/2017 pelo Dr. lauri F. C. Júnior, com relato de tratamento cirúrgico de luxação acrômio clavicular esquerda, com evolução com queixas algicidas e limitação parcial da flexão e abdução do ombro esquerdo.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? NÃO.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? PODERÁ. REALIZAR EXAME COMPLEMENTAR APÓS 90 DIAS. TRAZER LAUDO ATUALIZADO DE MÉDICO ORTOPEDISTA, RELATANDO SITUAÇÃO DA LESÃO.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, PELA GRAVIDADE DO TRAUMATISMO.
- 6) Provocou aceleração de parto? NÃO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? PODERÁ. VER RESPOSTA DO QUESITO 4.
- 10) Provocou aborto? NÃO.

Dr(a) Antônio Vieira de Moura

Alvaro
Assinado: 23/11/2017
Poderá. REALIZAR EXAME
COMPLEMENTAR APÓS 90 DIAS.
Trazer laudo atualizado de
médico ortopedista, relatando
situação da lesão.
Mat. 107.6.9-2

1





✓ Aquisição de exame nº 405/2017

Exame requisitado: TRAUMATOLÓGICO - DPVAT
Autoridade requisitante: Alberto Jorge Diniz

Remeter o laudo para Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital - PB
João Pessoa (PB), 23 de NOVEMBRO de 2017.

OBS-1: Segue em anexo LAUDO MÉDICO e cópia da Certidão de Registro de Ocorrência
02127.01.2017.1.00.420

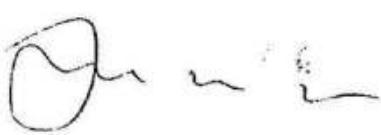
Senhor Gerente,

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatólgico a pessoa abaixo mencionada:

ISANETE DE ARAUJO MEIRA, CPF nº 497.696.344-68, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Divulgadora, filho(a) de Anete Maria de Araújo e Inácio de Almeida Meira, natural de Boa Vista/PB, nascido (a) em 13/04/1965 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Odilon Lúcio de Souza, Nº 16, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Praça Coqueiral, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98613-9073.

Histórico Que ao atravessar a via na faixa de pedestres em frente a Caixa Econômica Federal foi atropelada por uma MOTO NÃO IDENTIFICADA, vindo em decorrência a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCoba ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 17.11.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrida pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Local: Av. Josefa Taveira, Em Frente a Caixa Econômica Federal, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; **Tipo do Local:** via/local de acesso público (rua, praça, etc); **Data/Hora:** 28/07/17 12:45h.


ALBERTO JORGE DINIZ E SILVA
Delegado de Polícia Civil
Titular da DEAVC

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200184554 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR NO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200184554 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR NO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200184554

Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Data do Acidente: 28/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ISANETE DE ARAUJO MEIRA

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 nº 15794361

Pag. 00837/00838 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:56:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711562702300000033641879>
Número do documento: 20100711562702300000033641879

Num. 35205767 - Pág. 28

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, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200184554 Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Data do Acidente: 28/07/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HABOLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a): ISANETE DE ABAUJO MEIBA

Informações que o passageiro da imprensa

Multa: R\$ 0,00

Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

Recebedor: **ISANETE DE ARAUJO MEIRA**

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001909

Conta: 0000042993-3

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 Invalididade 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

Atmospheric winds

Seguradora Líder DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMIS (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: 497.696.344-68	4 - Nome completo da vítima: ISANETE DE ARAÚJO MEIRA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo: ISANETE DE ARAÚJO MEIRA		6 - CPF: 497.696.344-68		
7 - Profissão: DIVULGADORA	8 - Endereço: RUA ODILON LÚCIO DE SOUZA		9 - Número: 16	10 - Complemento:
11 - Bairro: MANGABEIRA I	12 - Cidade: JOÃO PESSOA	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58056-420	
15 - E-mail: isanetemeira@gmail.com			16 - Tel.(DDD): (83) 99166-9485	
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 type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS:				
<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) Nome do BANCO: _____		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo, /assinala uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGÊNCIA: 1909		CONTA: 00042993	3	AGÊNCIA: _____
(Informar o dígito se excluir)		(Informar o dígito se excluir)	3	(Informar o dígito se excluir)
Autorizo a Seguradora Lider 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
<p><input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Não há IML que atende 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. <p>Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.</p> <p>Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso decidido de contrário.</p>	

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	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou na gestação (val/nascar)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
<p>Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.</p>											

34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1 ^a Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2 ^a Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

62- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 v002/2019



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPRAVANTE DE DEPÓSITO

08/05/2020 HORA: 09:21:48
DATA EFETIVACAO: 08/05
CONJUNTO: 000606340
OPERAÇÃO: CRM

AGÊNCIA: 1909
CONTA: 013.00042993-3
NOME: TSANETE DE ARAUJO MEIRA
VALOR: 10,00
COD. OPERAÇÃO: 660536738

015.00 CAIXA - 0800 726
0101 OUVIDO
RIA - 0800 725 7474

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO DE VOLTA AO CREDITO NA CONTA É DE ATE 30 MINUTOS

SAT CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

CaixaDorita: 0800 725 7474

caixa.gov.br



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02127.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02127.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:18 horas do dia 23 de novembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **ISANETE DE ARAUJO MEIRA**, CPF nº 497.696.344-68, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Divulgadora, filho(a) de Anete Maria de Araújo e Inácio de Almeida Meira, natural de Boa Vista/PB, nascido(a) em 13/04/1965 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Odilon Lúcio de Souza, Nº 16, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Praça Coqueiral, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98613-9073.

Dados do(s) Fatos:

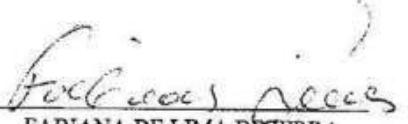
Local: Av. Josefa Taveira, Em Frente a Caixa Econômica Federal, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/07/17 12:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

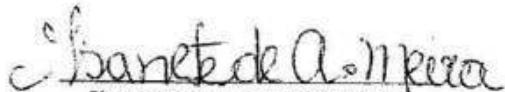
Que ao atravessar a via na faixa de pedestres em frente a Caixa Econômica Federal foi atropelada por uma MOTO NÃO IDENTIFICADA, vindo em decorrência a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 17.11.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrida pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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 fé.

João Pessoa/PB, 23 de novembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Noticiante

Procedimento Policial: 02127.01.2017.1.00.420

1/1



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 000000042993-3

Nr. da Autenticação D915A0580A17C241



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:56:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711562702300000033641879>
Número do documento: 20100711562702300000033641879

Num. 35205767 - Pág. 33



ISANETE DE ARAUJO MEIRA
R ODILON LUCIO DE SOUZA 16
MANGABEIRA
58056-420 JOAO PESSOA PB

Acesse sua conta e outros serviços:
No App Minha Claro
Na internet - minhaclaro.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em braille, ligue 1052
Para deficiente auditivo, ligue 08000362323

Veja aqui o que está sendo cobrado:		
1.Planos Contratados	R\$	54,99
2.Itens Adicionais	R\$	11,99
Total	R\$	66,98

Período de Uso	Vencimento	
de 21/03/2020 a 20/04/2020	15/05/2020	
Valor pago na última conta: R\$ 54,99		Valor R\$
1.Planos Contratados	83 99166 9485	54,99
Oferta Conjunta Claro MIX		-
Aplicativos Digitais		-
Claro Controle 4GB + Minutos ilimitados (158)		-10,00
Desconto promocional		-
Serviços Inclusos no seu Plano		-
Pacote de Dados Controle 4GB		-
Sub Total - Plano Contratado		R\$ 54,99
2.Itens Adicionais	83 99166 9485	
Pacote adicional de Internet - 300MB	R\$ 11,99	
Sub Total - Itens Adicionais		R\$ 11,99
Total a Pagar		R\$ 66,98

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331. Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco



Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
ISANETE DE ARAUJO MEIRA	123994967	21/03/20 a 20/04/20	R\$ 66,98	15/05/20
	Claro NE DDD 81 a 89			

84880000000-0 | 66980221202-1 | 00515123994-1 | 96701118122-0

 Autenticação Mecânica substitui o recibo, basta selar ou perfurar
 essa parte da fatura, para não danificar o código de barras.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:56:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711562702300000033641879>
 Número do documento: 20100711562702300000033641879

Num. 35205767 - Pág. 34

EVANY GALDINO DE MELO OLIVEIRA
RUA FROTA CARMEN MOREIRA COUTINHO, 1127/CASA - BANCARIOS
JOAO PESSOA / PB CEP: 58052699 (AG. 5)



CPF/CNPJ/IRAN: 342.921.724-07
Busto CONVENTIONAL/BAIXA TENSÃO / Subgrupo B1
Classe RES/MT/C B1/ Subsérie RESIDENCIAL
Ligação MONOFÁSICO
Rótulo: 2-5-42-4140 N° Medidor: 00002180000

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/216000-0

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002180000

VALOR DA FATURA

R\$ 242,00

VENCIMENTO

13/04/2020

REFERÊNCIA

Abr / 2020

CONSUMO

279kWh

8,30 kWh

MÉDIA MÊS

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRITIVO

CG	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributo	Valor Base Unit.	Alm	ICMS Base Cál. P/IR/ICMS/IR
				(R\$)	(R\$)	(R\$)
0021	Consumo mês/12	279	0,810692	227,02	27,41,29	227,02 2,41 11,14
0017	LANÇAMENTOS/ SERVIÇOS			10,21	0,00	0,00 0,00 0,00
0017	CONTRATOS/IRU (LM PÚBLICA)			0,50	0,00	0,00 0,00 0,00
0034	JUROS DE MORA 02/2020			4,27	0,00	0,00 0,00 0,00
0025	MULTA 03/2020					

CCO: Código de Classificação de Item
Tributo: IPI/ICMS/IR

RESERVADO AO FISCO

R\$1.169,1608,0154,6844,5587,1,00,6,8e35,

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Abriu	253	LEITURAS	Anterior 09/03/10	08/03
Mar/10	250			
Jun/10	255			
Jul/10	258			
Set/10	244			
Set/10	243			
Out/10	246			
Nov/10	249			
Dez/10	270			
Jan/11	251			
Fev/11	242			
Mar/11	258			
Másc	254			

PRÓXIMA LEITURA
06/05/2020

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energia/PE	59,79	24,71
Compra de Energia	74,62	30,79
Encargo de Transmissão	2,88	1,21
Encargos Sistêmicos	9,58	4,01
Imposto de Renda e Encargos	83,82	35,12
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	242,00	100,00

Encargo de Juro do Sistema de Distribuição (Ref 2/2020) R\$7,77,00

INDICADORES DE QUALIDADE

META	MENSAL	APURADO	TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENDÃO (R\$)
Horas que a rede pode fornecer energia - H%	5,07	5,02	10,19	20,39	NOMINAL 220
Vezes que o cliente fica sem energia - F%	2,17	0,00	6,95	12,70	CONTRATADO
Queda com maior intervalo no consumo anual - QM	1,98	0,00	4,95	9,90	LIMITE INFERIOR 220
Queda com menor intervalo anual - QM	12,22	0,00	24,44	48,88	LIMITE SUPERIOR 220

ATENÇÃO

Declarado de Ocupação Anual de Débitos. Conforme previsto na Lei 12.007 de 19 de junho de 2009, informa-se a qualificação dos débitos referentes aos fatos comprovados regulares de energia a elevar da unidade consumidora, vencidos no ano de 2010 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para efeitos de comprovação do cumprimento das obrigações de consumo, as quais sejam as fixadas nos termos dos contratos de fornecimento a que se refere, e das leis anteriores.

Para manter sua saúde, a Energisa está pronta para te atender pelos canais virtuais: site, App Energisa CNH e WhatsApp: (32) 99195-6140.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Haroldo Pereira de Oliveira junior
inscrito (a) no CPF/CNPJ 090.538.974,37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Isanete de Souza Meira inscrito (a) no CPF sob o Nº 497.696.344,68,
do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Isanete de Souza Meira,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 497.696.344,68, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Professor Camilo M. Coutinho</u>	Número:	<u>112</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Boméios</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58052-490</u>	
E-mail:	<u>haroldo.junior@gmail.com</u>						Tel.(DDD):	<u>(83) 98811-1173</u>

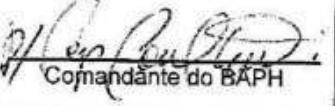
Local e Data: João Pessoa 13 de maio de 2020

Haroldo Pereira de Oliveira junior

Assinatura do Declarante





VISTO EM: 25/11/17

Comandante do BAPH

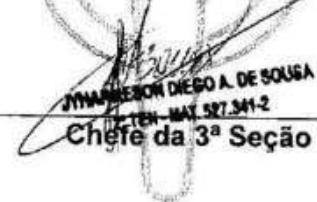
BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3^a SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 13 de setembro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N°. 351/2017

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 28/07/2017, conforme requerimento nº 342/17, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 12h45min o/a Sr.(a) **ISANETE DE ARAUJO MEIRA** CPF: 497.696.344-68 vítima de acidente de trânsito (*atropelamento*), ocorrido na Av. Josefa Taveira, Mangabeira – João Pessoa/PB. Tendo como ponto de referência a Caixa Econômica. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48 tendo como chefe o/a **SARGENTO BM JAIME DOS SANTOS FERREIRA**, Matrícula: 514.900-2. Vítima consciente e orientada, com dores no membro superior e dores na região do tórax. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada em prancha rígida para o Hospital de Emergência e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu Jânio Damião Carneiro de Alencar - SGT BM Mat. 520.030-0, auxiliar da 3^a Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3^a Seção/BAPH.


JÂNIO DAMIÃO DE SOUSA
SGT BM MAT. 520.030-0
Chefe da 3^a Seção



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Leiboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3216-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Isanete de Araujo Meira

DATA DE NASCIMENTO 13/04/65

NOME DA MÃE Anete Maria de Araujo

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 103344

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1016616

DATA DO ATENDIMENTO 28/07/17

HORA DO ATENDIMENTO 13:15

MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento

DIAGNÓSTICO (S) Luxação acromioclavicular esquerda

CID 10 S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento, com queixa de dor em ombro esquerdo, exame neurovascular normal, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, ombro E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acromioclavicular E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular esquerda

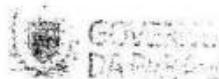
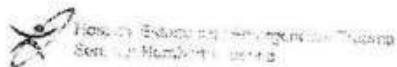
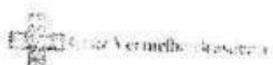
ALTA HOSPITALAR: 03/08/17

DATA DA EMISSÃO: 17/11/2017 (2ª via emitida em 04/10/19)

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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





AV. D. ESTEVEZ LISBOA, 99 - PEDRO GONÇALVES - CNES 123312 - Tel. 8332165790

Boletim de Atendimento: 1015516

Identificação do paciente

1194414	Nome ISANETE DE ARAUJO MEIRA	Sexo Feminino
Data de nascimento 13/04/1966	Idade 52 anos 3 meses 16 dias	Estado civil Religião
5304		Evangelista
ANETE MARIA DE ARAUJO		
Escalando		
CCU-Morar 83		
Tit. documento: RG (IDENTIDADE)	Nome Móvel 986509212	Fixo Fax
Local de procedência MANGAÉIRA	Número documento 1105135	Fixo-Fax
Email		
	Notabilidades: BOA VISTA	

Endereços

Admissão

Data e Hora 28/07/2017 13:16:30	Número de paciente 1000004180721	Pronto-Sala SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica
Classificação da lesão		Localização do paciente RUA
Curador de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente MOTO X PEDESTRE

Indicadores e Transporte

Este produto: **Sim** ou **Não** Plantas de sementes: **Sim** ou **Não** Transporte de animais: **Sim** ou **Não**
Meio de transporte: **Sim** ou **Não** RESGATE - BOMBEIROS **Sim** ou **Não**

Sinais Vitais

PA 220 x 100 mmHg → 100 mmHg

Atendido por:
LARISSA LIDIA SANTOS DE FRANCA

Tempo
01min 14sec

Impair



AREA VERMELHA
 Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 5803109
 Tel:
 CNES: 6121221

Paciente	ISANETE DE ARAUJO MEIRA	BAE	Data/Hora Entrada
Data de nascimento	13/04/1965	1016616	28/07/2017 13:15:30
Mae	ISANETE MARIA DE ARAUJO	Idade	52
Endereço	ESTUDANTE THIAGO OZANAN ALCÂNTARA BENÍCIO, 60	Sexo	FCNS
Acidente	***OTO X PEDESTRE	Motivo	ATROPELAMENTO
Data/Hora Classificação	28/07/2017 13:15:30	Profissional	MATHEUS MARINHO ENOMOTO
		Data/Hora Prescrição	28/07/2017 15:52:03

anamnese

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HOJE NO PERÍODO VESPERTINO, COM DOR NA REGIÃO DE OMBRO ESQUERDO DESDE ENTRADA, EXAME NEUROVASCULAR NORMAL RX. LAC CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS SOLICITO PESQUISA CIRÚRGICO TIPOIA HEMI J ESQUERDA

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSIM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSIM)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 8,0 MG VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA: DIÁRIA: 24,0)

Dr. Matheus Enomoto
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 16204

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 150 OU FAD > 110 : AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V. 24H, 0,0 (MGTSIM)

OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% (AMPOLA) - SOLUÇÃO, ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSIM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H, 0,0 (MGTSIM)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA: DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 12/12H, 0,0 (MGTSIM)

Diluir

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



CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

SOLICITAÇÃO DE PARECER DA CARDIOLOGIA, (OBSERVAÇÕES: RISCO CIRURGICO)

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA (MASCULINO - ADULTO)

COAGULOGRAMA COMPLETO

EXAME DE IMAGEM

ELETROCARDIOGRAMA

PROCEDIMENTO

TIPOIA, (OBSERVAÇÕES: HEMI J ESQUERDA)

Conduta

Internar Paciente

Dr. Matheus Enomoto
Especialista em Traumatologia
07/10/2020
MATHEUS MACHADO ENOMOTO
(10204/PB)

ISANETE DE ARAUJO MEIRA





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031-000

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	ISANETE DE ARAUJO MEIRA	BAE	1016616	Data/Hora Entrada	28/07/2017 13:15:30	UF	PE
Data de nascimento	13/04/1965	Idade	52	Sexo	Feminino	PA	801.9265021
Mãe	ANETE MARIA DE ARAUJO					PE	
Endereço	ESTUDANTE THIAGO OZANAN ALCÂNTARA BENÍCIO, 60	Bairro	ÁGUA FRIA	Município	JOAO PESSOA	UF	PB
Acidente	MOTO X PEDESTRE	Motivo	ATROPELAMENTO	Profissional	OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ	M	10271/PB
Data/Hora Classificação	28/07/2017 13:15:30			Entregue Ficha PreSCRIÇÃO			
				Data/Hora PreSCRIÇÃO	28/07/2017 13:35:28		

Anamnese

PACIENTE COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO, COM TRAUMA FM OMBRO DIREITO, NEGA TRAUMA CRANIANO, NEGA DOR, VÓMITO, REPEDE DOR EM OMBRO ESQUERDO E CAIXA TORÁCICA ESQUERDA, ABDOME SEM ALTERAÇÕES, PA: 220X110 MM, 140/80 MM Hg, RX OMBRO ESQUERDO E TORAX 2- SOLICITO AVALIAÇÃO ORTOPEDIA 3- ANALGÉSICA + ANTI HIPERTENSIVO

MEDICAÇÃO

CLONIDINA 200 MCG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 200,0 MCG VIA ORAL, AGORA

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: + 100 ML SF 4.9)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

ADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

ADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

Código	Descrição
F14.9	Traumatismo não especificado

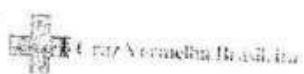
Conduta

Em observação

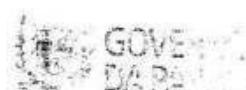
Olga Lacerda Mariz
Médica Residente - Cirurgia Geral
CRM-PB 10.271

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ
(10271/PB)

ISANETE DE ARAUJO MEIRA



How to Establish a Partnership with a Training Service



Paciente	ISANETE ARAUJO MEIRA			Boleto de Atendimento	00000000000000000000000000000000	QRCODE
Data de nascimento	13/04/1965	Idade	52	1015616	00000000000000000000000000000000	Em:
Tempo de Internação	4d 19h 10min	Sexo	S	Sexo:	28/07/2017 13:15:30	Carteira
						Prom:
						103344
						Partida:
						DIURNO
				SUS		

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (BRUNO GUEDES WANDERLEY - 02/08/2017 12:35:10)

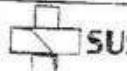
EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PACIENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR SEM
INTERCORRÊNCIAS .
CD: VPM

...ção: ÁREA VERDE ENF 36 Leito: 0015
Profissional responsável pela informação: Enfermeira

Número Consulta: 7210

John M. York, Milwaukee
6-1010
C.M.-P.B. 220

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde			LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(A/S)				
Identificação do Estabelecimento da Saúde									
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNPJ		3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE					
4 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		5 - CNPJ		6 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE					
Identificação do Paciente									
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - CATEGORIA DO PACIENTE		9 - ESTADO					
10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL		11 - DATA DE NASCIMENTO		12 - TELEFONE					
13 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)		14 - CID 10 - IGE MUNICÍPIO		15 - UF					
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)									
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO									
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO		20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA					
21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO		22 - DESCRIÇÃO INICIAL		23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDÁRIO		25 - CID 10 COMORBIDIDADE	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(A/S)									
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO		28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			
30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO									
<i>Agulha de plexo - 50-001</i> <i>Fus de turclomer 2.0-001</i>									
PROFISSIONAL SOLICITANTE									
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		40 - DATA DA SOLICITAÇÃO							
41 - DOCUMENTO		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO CONSELHO					
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
47 - DOCUMENTO		48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		49 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO CONSELHO					
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		51 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR		52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Fernando de Araújo Lima BE Puntuário: _____

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino C.R. _____ Data: _____

Clinica/Setor: _____ E.A.P: _____ I.P: _____

Cirurgia: _____

Cirurgião: Dr. Alvaro 1º Assistente: G. B. Palmeira

2º Assistente: Dr. Gláucio (R2) 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Telmo

Tipo de Anestesia: Brigada Gélio Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<u>- Descolamento peritoneal clássico</u>		

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>- Tratamento cirúrgico de descolamento peritoneal clássico</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

*Suelio Moreira Torres
Médico
CRM PB 9127*

João Pessoa, 02/02/16



Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Isomete de Souza Meira
IDADE: 52 BE: 1016616 PESO: 50,000 ALTURA: 1,57
CIRURGIA: troca de mola TECNICA: abdominal CLASSE: C
CIRURGIA: elmo ANA: abdominal R: AT
ANESTESIA: Bloqueo de dia

DATA 28.17 TEMPO: 00 HRS - ANESTESIA: PUL 30 - FIM - CIRURGIA FIM 12.30 H 50

ASIAN LANGUAGE ASIAN LANGUAGE ASIAN LANGUAGE ASIAN LANGUAGE

South Africa Division 50
File 50-1160000 N. 5

James D. W. D. S.





SOBRAE
CRAPEMA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



REF: 11

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 - Posição em Decúbito dorsal com fricção
- 2 - Anestesia + antissepsia
- 3 - Afixação da canela com gesso

Incisão:

- 4 - Incisão na sola
- 5 - Dissecção parafascial
- 6 - Hemostase cirúrgica

Achados:

- 7 - Dureza no tecido clávula

Cónduta:

- 8 - Infundibulo da tíbia com protuberância óssea na diáfise
- 9 - Hipofisiolitos + fratura subcondral com fio Ethibone 5.0
- 10 - fissão da fricção com fio de Vicryl 3.0 e clavícula com fio KC 2.5 sobre escápula

Fechamento:

- 10 - Sutura fio Vicryl
- 11 - curativa estéril

- 12 - Rx de controle

Observação:

- 13 - Triptor 865

Glauber M. Moreira Torres
CRM: 1156270
Médico
07/10/2020

João Pessoa, 02/08/17

Médico/CRM:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:56:27

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711562702300000033641879>

Número do documento: 20100711562702300000033641879

UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES

Num. 35205767 - Pág. 47



ISANETE DE ARRUDA MACHADO 105.35 - LIVIA 177772016

71450 INACIO DE ALMEIDA MEDEIROS
ANE TE MARIA DE ARAUJO

REC. OFIC. 1002
NASC. N. 5134 FLS. 43 LIV. A 15
CARTUCHO BOA VISTA-PB
497.696.344-68

137/04/1995

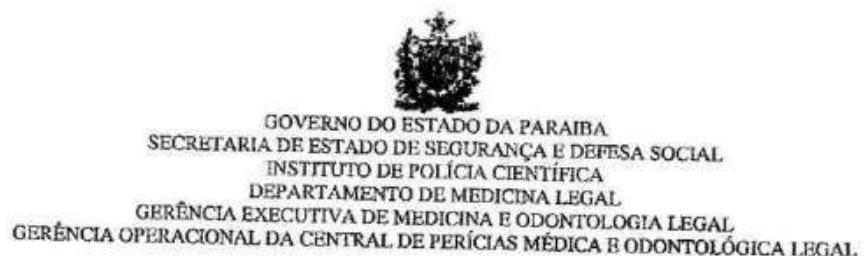
卷之三





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:56:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711562702300000033641879>
Número do documento: 20100711562702300000033641879

Num. 35205767 - Pág. 49



LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudo nº 03.01.06.112017.30774

ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Órgão requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital
Dr(a): Alberto Jorge Diniz e Silva

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Alberto Jorge Diniz e Silva
Delegacia de Acidentes de Veículos da capital

*Isanete de Araújo meira
02/04/18.*



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:56:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711562702300000033641879>
Número do documento: 20100711562702300000033641879

Num. 35205767 - Pág. 50

C: 695417 Laudo nº: 03.01.06.112017.30774

LAUDO TRAUMATOLÓGICO
Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 23/11/2017 Hora do exame: 16:29

Órgão Requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital, nº da Solicitação: 405/2017
Autoridade Solicitante: Alberto Jorge Diniz e Silva. Nome: ISANETE DE ARAUJO MEIRA, 52anos, sexo: Feminino Raça/cor: filho(a) de: Inácio de Almeida Meira e de: Anete Maria de Araújo, Estado civil: ignorado. Nacionalidade: Brasileira. Natural de: Boa Vista/PB. Profissão: ignorado.

HISTÓRICO: A pericianda relata que foi vítima de acidente de trânsito em 28.07.2017. Encontra-se em tratamento fisioterápico.

DESCRIÇÃO: O exame do membro superior esquerdo, incluindo região clavicular, revela cicatriz cirúrgica em região anterior do ombro esquerdo, de disposição oblíqua, medindo aproximadamente 9 cm. O exame funcional revela limitação do movimento de elevação e abdução desse membro. Trouxe laudo médico emitido em 17.11.2017 pelo Dr. Juan Jaime CRM 3323, onde consta admissão no Hospital de Traumas em 28/07/2017, com diagnóstico de luxação acrômio clavicular esquerda, cujo tratamento foi cirúrgico. Trouxe ainda laudo médico emitido em 27/10/2017 pelo Dr. lauri F. C. Júnior, com relato de tratamento cirúrgico de luxação acrômio clavicular esquerda, com evolução com queixas algicidas e limitação parcial da flexão e abdução do ombro esquerdo.

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? NÃO.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? PODERÁ. REALIZAR EXAME COMPLEMENTAR APÓS 90 DIAS. TRAZER LAUDO ATUALIZADO DE MÉDICO ORTOPEDISTA, RELATANDO SITUAÇÃO DA LESÃO.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? SIM, PELA GRAVIDADE DO TRAUMATISMO.
- 6) Provocou aceleração de parto? NÃO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? PODERÁ. VER RESPOSTA DO QUESITO 4.
- 10) Provocou aborto? NÃO.

Dr(a) Antônio Vieira de Moura



Assinado: Antônio Vieira de Moura
Data: 10/11/2017
Mat. 107.6.9-2

1





✓ Aquisição de exame nº 405/2017

Exame requisitado: TRAUMATOLÓGICO - DPVAT

Autoridade requisitante: Alberto Jorge Diniz

Remeter o laudo para Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital - PB
João Pessoa (PB), 23 de NOVEMBRO de 2017.

OBS-1: Segue em anexo LAUDO MÉDICO e cópia da Certidão de Registro de Ocorrência
02127.01.2017.1.00.420

Senhor Gerente,

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatólgico a pessoa abaixo mencionada:

ISANETE DE ARAUJO MEIRA, CPF nº 497.696.344-68, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Divulgadora, filho(a) de Anete Maria de Araújo e Inácio de Almeida Meira, natural de Boa Vista/PB, nascido (a) em 13/04/1965 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Odilon Lúcio de Souza, Nº 16, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Praça Coqueiral, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98613-9073.

Histórico Que ao atravessar a via na faixa de pedestres em frente a Caixa Econômica Federal foi atropelada por uma MOTO NÃO IDENTIFICADA, vindo em decorrência a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCoba ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 17.11.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrida pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Local: Av. Josefa Taveira, Em Frente a Caixa Econômica Federal, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; **Tipo do Local:** via/local de acesso público (rua, praça, etc); **Data/Hora:** 28/07/17 12:45h.


ALBERTO JORGE DINIZ E SILVA
Delegado de Polícia Civil
Titular da DEAVC



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200184554 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR NO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200184554 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR NO OMBRO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). P.11 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ISANETE DE ARAÚJO MEIRA, brasileira, solteira, divulgadora, portadora da Cédula de Identidade C.I n.º 1.105.135 2ª via SSP/PB, inscrita no CPF sob o n.º 497.969.344-68, residente e domiciliada na Rua Odilon Lúcio de Souza, n.º 16, Mangabeira I, nesta capital, CEP 58056-420.

OUTORGADO(S): HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JÚNIOR, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba sob o nº 20.960 e ERICKY PEDRO DE MELO PEREIRA, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba sob o nº 19.591 ambos com escritório profissional situado na Rua Padre Meira, n.º 35, sala 403, 4º andar, Edifício Paraná, Centro, João Pessoa/PB, CEP 58013-200.

PODERES: Concede poderes especiais aos outorgados para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento e apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder, seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a SUSEP.

Obs.: É de responsabilidade da outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados aos outorgados.

João Pessoa/PB, 13 de maio de 2020.



Rua Padre Meira, 35 - Bdf. Paraná - 4º Andar - Sala 403



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:56:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711562702300000033641879>
Número do documento: 20100711562702300000033641879

Num. 35205767 - Pág. 55

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143890/20

Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

CPF: 497.696.344-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2017

Titular do CPF: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR : 090.538.974-37

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ISANETE DE ARAUJO MEIRA : 497.696.344-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/05/2020
Nome: HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 090.538.974-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

MARCOS AURELIO VIDAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:56:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711562702300000033641879>
Número do documento: 20100711562702300000033641879

Num. 35205767 - Pág. 56

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143890/20

Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

CPF: 497.696.344-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/07/2017

Titular do CPF: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais

HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR : 090.538.974-37

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

ISANETE DE ARAUJO MEIRA : 497.696.344-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/05/2020
Nome: HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 090.538.974-37

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/05/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

MARCOS AURELIO VIDAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:56:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711562702300000033641879>
Número do documento: 20100711562702300000033641879

Num. 35205767 - Pág. 57



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08037205520208152003

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ISANETE DE ARAUJO MEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscents e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

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

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:56:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711562778300000033641881>
Número do documento: 20100711562778300000033641881

Num. 35205769 - Pág. 1

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 5 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 11:56:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100711562778300000033641881>
Número do documento: 20100711562778300000033641881

Num. 35205769 - Pág. 2