



07/10/2020

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
35205766	07/10/2020 11:56	Petição	Petição
35205767	07/10/2020 11:56	2739596_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
35205769	07/10/2020 11:56	2739596_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

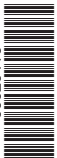
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15794361

Pag. 00837/00838 - carta_01 - INVALIDEZ

00020419





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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1909

CONTA: 00042993

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 13 DE MAIO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Caixa Econômica Federal
Caixa Aqui

Comprovante de Depósito

08/05/2020 HORA: 09:21:48
DATA EFETIVAÇÃO: 08/05
CONJUNTO: 000606340
OPERADOR: cm

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

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

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVIS
ÃO DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUT
OS

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

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

Ouvidoria: 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 Araújo 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 ALCÓBA 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, exceção 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



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





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 deficientes auditivos, ligue 08000362323

Veja aqui o que está sendo cobrado:		
1. Plano Contratado	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. Plano Contratado	83 99166 9485	54,99
Oferta Conjunta Claro MIX		-
Aplicativos Digitais		-
Claro Controle 4GB + Minutos ilimitados (158)		-10,00
Desconto promocional		
Serviços incluídos 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 FUNTEL (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 no prestador.

Autenticação Médica:
Para uso do banco

Claro

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 Médica: assinaturas não seguras, debitar ou porfurar
essa parte da fatura, para não danificar o código de barras.



EVANY GALOINO DE MELO OLIVEIRA
RUA PROFª CARMEN MOREIRA COUTINHO, 1127 CASA - BANCARIOS
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58052400 (AO: 5)
OFFICINAPUNANI: 342 927 724-67



Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: E1
Classe: RES ATQ E1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Logradouro: MINORASO
Número: 2-5-43-4140 Nº Medidor: 00038108113

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/216000-0

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002160000



VALOR DA FATURA

R\$ 242,00



VENCIMENTO

13/04/2020



REFERÊNCIA

Abr / 2020



CONSUMO

279kWh

9,36 kWh
MÉDIA CLASSE

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CC	Descrição	Quant.	Tarifa/ Tributo	Valor Base Total	Outr. CCMS	Aliq.	ICMS Base Calc.	PIS/PJ Contrib.	CSOS
				(R\$)	(R\$)		(R\$)	(R\$)	(R\$)
0001	Consumo em kWh	279	0,012000	227,02	227,02	27	61,29	227,02	2,41
0007	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0007	CONTRIBUICÃO ILUM. PÚBLICA			19,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUR. DE MOR. 03/2020			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 03/2020			4,27	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC	Código de Classificação de Item	Tarifa ou Tributo	TOTAL	242,00	227,02	61,29	227,02	2,41	11,14
----	---------------------------------	-------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	-------

RESERVADO AO FISCO R\$1.698.1608,4154,6044,5887,1005,8e35.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Período	Consumo (kWh)
Mar/20	252
Mar/19	250
Jun/19	226
Jul/19	236
Set/19	244
Out/19	242
Nov/19	246
Dez/19	240
Jan/20	270
Fev/20	321
Mar/20	242
Mar/19	266
Mar/18	254

LEITURAS	Valor (R\$)
Anterior 05/03/20	9993
Atual 04/04/20	9949
Consumo	279kWh
Período	30 dias
Constante do medidor	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia	59,73	24,71
Compra de Energia	24,67	10,20
Serviço de Transmissão	8,89	3,67
Encargos Setoriais	5,99	2,47
Impostos Diretos e Encargos	89,82	37,12
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	242,00	100,00

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

PRÓXIMA LEITURA

06/05/2020

INDICADORES DE QUALIDADE

METRA	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (%)
Índice de Qualidade de Energia - DQI	9,07	9,00	10,16
Índice de Qualidade de Tensão - DQI	9,17	9,00	10,16
Índice de Qualidade de Interrupção - DQI	9,68	9,00	10,16
Índice de Qualidade de Continuidade - DQI	12,22	9,00	10,16

ATENÇÃO

Declaração de Qualidade Anual de Serviços: Conforme previsto na Lei 12.037 de 26 de julho de 2009, informamos a qualidade dos serviços prestados aos consumidores, referente à energia elétrica fornecida à unidade consumidora, verificada no ano de 2019 e nos anos anteriores. Esta declaração constitui parte integrante do comprovante de fornecimento de energia elétrica, emitido em 13 de maio de 2020, e deve ser lida em conjunto com o mesmo.

Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para atender pelos canais virtuais: site, App Energisa CN e WhatsApp: (81) 99195-6540.



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=29635>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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, APLICAR 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

Iranete de Araújo Meira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 497.696.349 / 68

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da vítima Iranete de Araújo Meira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 497.696.349 / 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 Líder-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 Pequena Carmem M. Coutinho</u>	Número: <u>112</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Bom Jardim</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>haroldojrjr@gmail.com</u>	CEP: <u>58052-490</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98911-1174</u>

Local e Data: João Pessoa 13 de maio de 2020

Haroldo Pereira de Oliveira Junior

Assinatura do Declarante





VISTO EM: 23/11/17

[Assinatura]
Comandante do BAPH

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

João Pessoa-PB, 13 de setembro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 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 referencia 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 Damiano Carneiro de Alencar** - SGT BM Mat. 520.030-0, (*[Assinatura]*) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

[Assinatura]
JYMARLESON DIEGO A. DE SOUSA
11-108-MAT 527.341-2
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, 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





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE 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

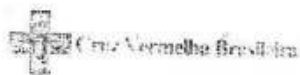
ALTA HOSPITALAR: 03/08/17

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031001
Tel:
CNES: 6121221

Paciente	ISANETE DE ARAUJO MEIRA		
Data de nascimento	13/04/1965	Idade	52
BAB	1916616	Sexo	Feminino
Data/Hora Entrada	28/07/2017 13:15:30		
CNS			
Mão	ISANETE MARIA DE ARAUJO		
Endereço	ESTUDANTE THIAGO OZANAN ALCANTARA BENICIO, 60		
Bairro	AGUA FRIA	Município	JOAO PESSOA
Acidente	FOTO X PEDESTRE		
Motivo	ATROPELAMENTO		
Profissional	MATHEUS MARINHO ENOMOTO		
Data/Hora Prescrição	28/07/2017 15:52:03		

anamnese

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HOJE NO PERIODO VESPERTINO, COM DOR NA REGIAO DE OMBRO ESQUERDO DESDE ENTÃO. EXAME NEUROVASCULAR NORMAL. RX. LAC CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS SOLICITO ROL - RX. CIRURGICO TIPOIA HEMIJ ESQUERDA

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

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 (MGTSM)

Diluir

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

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

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

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 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

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

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

Diluir

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

Dr. Matheus Enomoto
Ortopedia e Traumatologia
Médico
CRM-PB 30204



CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

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: HEMIJ ESQUERDA)

Conduta

Internar Paciente

Dr. Matheus Enomoto
Ortopedia e Traumatologia
MATHEUS MARINHO ENOMOTO
(19204/PB)

ISANETE DE ARAUJO MEIRA



**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha 2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Isamete de Souza Mendes

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃOAgulha de pleuro 50-001
Fio de Kirschner 2.0-001

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Francisco de Assis Silva BH Permutário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: _____
Clínica/Setor: _____ FAP: _____ LP: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Alisson 1ª Assistente: Dr. R. R. R.
2ª Assistente: Dr. Cláudio (R2) 3ª Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Tereza
Tipo de Anestesia: Blotagem / Sedação Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão por fratura fechada</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de lesão por fratura fechada</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

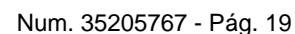
Suelio M. Novais Almeida
Médico
CRM-PB 9177

João Pessoa, 02/10/20



22

Rosario A. S. de la Cruz





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 - Paciente em Decúbito dorsal sobre prisma
- 2 - Anestesia + antiseptia
- 3 - Afiação de canfora cirúrgica

Incisão:

- 4 - Incisão na pele
- 5 - Dissecção profunda
- 6 - Hemostasia cirúrgica

Achados:

- 7 - Duração cirúrgica 40 min

Conduta:

- 8 - Profundidade da incisão paralela ao eixo da lesão
- 9 - Hemostasia + drenagem Suturacao com fio Ethcon 5-0
- 10 - Sutura de fechamento com fio KC 2,5 sobre estadia

Fechamento:

- 10 - Sutura fina e limpa
- 11 - Curativa estéril
- 12 - Rx de controle

Observação:

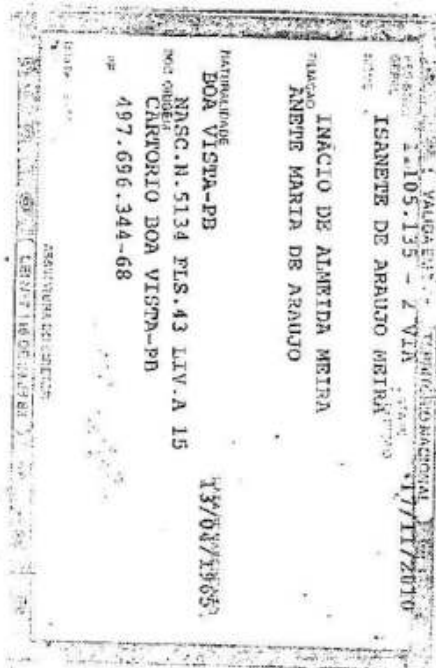
- 13 - Típica RLS

Glauber M. Novais Miranda
Médico
CRM - RJ 9720

João Pessoa, 02/08/17

Médico/CRM:





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME HAROLDO FERREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR	
DOC. IDENTIDADE / C.R.G. FASES DE UF 3335861 EST PB	
CPF 090.538.974-37 DATA NASCIMENTO 09/06/1992	
FILIAÇÃO HAROLDO FERREIRA DE OLIVEIRA EVANY GALDINO DE MELO OLIVEIRA	
PRIMEIRA ACC CAT. HAB AB	
Nº REGISTRO 05321633290	VALIDADEZ 28/06/2021
1ª HABILITAÇÃO 07/10/2011	
OBSERVAÇÕES A 7	
Assinatura do Titular Haroldo Ferreira de Oliveira Junior	
LOCAL JOAO PESSOA, PB	DATA EMISSÃO 28/06/2016
Assinatura do Emissor 15394835504 PB032810172	
DETRAN - PB (PARAIBA)	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1280729771

PROIBIDO FALSIFICAR
1280729771





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudó n° 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.





GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

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, 52 anos, 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 álgicas e limitação parcial da flexão e abdução do ombro esquerdo.

QUESTOS:

- 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 QUESTO 4.**
- 10) Provocou aborto? **NÃO**

Dr(a). Antônio Vieira de Moura

Assinado eletronicamente por:
SUELIO MOREIRA TORRES
O 23/11/2017
Mód. 107.609-2



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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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. 29



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1909

CONTA: 00042993

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 13 DE MAIO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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. 30

Caixa Econômica Federal
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

08/05/2020 HORA: 09:21:48
DATA EFETIVAÇÃO: 08/05
CONJUNTO: 000606340
OPERADOR: cm

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

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

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVIS
ÃO DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUT
OS

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

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

Ouvidoria: 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 Araújo 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:

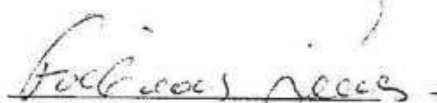
Local: Av. Josefa Taveira, Em Frente a Caixa Econômica Federal, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/07/17 12:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

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 ALCOBÁ 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, excepo 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



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





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 - minhaclearo.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. Plano Contratado	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. Plano Contratado	83 99166 9485	54,99
Oferta Conjunta Claro MIX		-
Aplicativos Digitais		-
Claro Controle 4GB + Minutos ilimitados (158)		-10,00
Desconto promocional		
Serviços incluídos 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 FUNTEL (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 Médica:
Para uso do banco

Claro

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 Médica: assinaturas não seguras, debitar ou porfurar
essa parte da fatura, para não danificar o código de barras.



EVANY GALOINO DE MELO OLIVEIRA
RUA PROFª CARMEN MOREIRA COUTINHO, 1127 CASA - BANCARIOS
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58052400 (AO: 5)
OFFICINAPUNANI: 342 927 724-87



Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: E1
Classe: RES ATQ E1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Logradouro: MINORASZCO
Número: 2-5-43-4140 Nº Medidor: 00038188113

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/216000-0

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002160000



VALOR DA FATURA
R\$ 242,00



VENCIMENTO
13/04/2020



REFERÊNCIA
Abr / 2020



CONSUMO **9,36 kWh**
279kWh MÉDIA CLASSE

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CC	Descrição	Quant.	Tarifa/ Tribut.	Valor Base Total (R\$)	Outr. CAMS (R\$)	Alq. CAMS (R\$)	ICMS Base Calc. (R\$)	PIS/PJCS (R\$)	COFINS (R\$)
0001	Consumo em kWh	279	0,012000	227,02	227,02	27	81,29	227,02	2,41
0007	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0007	CONTRIBUTIVO ILUM. PÚBLICA			19,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0004	JUR.DOS MORA 03/2020			0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 03/2020			4,57	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação de Item	TOTAL	242,00	227,02	E1 20	227,02	2,41	11,14
Tarifa de Tributo		0,045400					

RESERVADO AO FISCO R\$1.698.1608,815f.80d4.588f.1a0c6.8e35.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)



LEITURAS

Anterior 05/03/20	9999
Atual 04/04/20	9999
Consumo	279 kWh
Período	30 dias
Constante do medidor	

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia PE	55,73	22,71
Carga de Energia	24,67	10,19
Serviço de Transmissão	8,89	3,67
Encargos Setoriais	5,99	2,47
Impostos Diretos e Encargos	89,82	37,12
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	242,00	100,00

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

* Faturo em nome de: MELO OLIVEIRA

INDICADORES DE QUALIDADE

METRA	MENTAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (%)
Índice de Qualidade de Energia - CIG	9,07	0,00	10,16	20,30
Índice de Qualidade de Energia - FID	9,17	0,00	6,95	12,70
Índice de Qualidade de Energia - DMS	9,88			
Índice de Qualidade de Energia - DMS	12,22			

ATENÇÃO

Declaração de Qualidade Anual de Débitos: Conforme previsto na Lei 12.037 de 06 de julho de 2009, informamos a qualidade dos débitos referentes aos faturas emitidas pelo sistema de energia elétrica desta unidade consumidora, vencidas no ano de 2019 e nos anos anteriores. Esta declaração suscita, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as seguintes ações: reações dos facultados, mantidas dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para atender pelos canais virtuais: site, App Energisa CN e WhatsApp: (80) 09195-6540.



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=29635>

A Circular SUSEP 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 COAF¹.

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, APLICAR 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

Iranete de Araújo Meira

inscrito (a) no CPF sob o Nº *497.696.349 / 68*

do sinistro de DPVAT cobertura

invalidez

da vítima

Iranete de Araújo Meira

inscrito (a) no CPF sob o Nº

497.696.349 / 68

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-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:	<i>Rua Pequena Carmem M. Coutinho</i>	Número:	<i>112</i>	Complemento:	
Bairro:	<i>Bom Jardim</i>	Cidade:	<i>João Pessoa</i>	Estado:	<i>PB</i>
E-mail:	<i>haroldo.junior@gmail.com</i>			CEP:	<i>58052-490</i>
				Tel.(DDD):	<i>(83) 98811-1174</i>

Local e Data:

João Pessoa 13 de maio de 2020

Haroldo Pereira de Oliveira Junior

Assinatura do Declarante





VISTO EM: 23/11/17

[Assinatura]
Comandante do BAPH

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

João Pessoa-PB, 13 de setembro de 2017.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 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 referencia 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 Damiano Carneiro de Alencar** - SGT BM Mat. 520.030-0, (*[Assinatura]*) auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

[Assinatura]
JYMARLESON DIEGO A. DE SOUSA
11-108-MAT 527.341-2
Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

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





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE 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

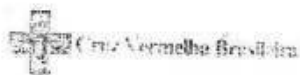
ALTA HOSPITALAR: 03/08/17

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 5803109

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	ISANETE DE ARAUJO MEIRA		
Data de nascimento	13/04/1965	Idade	52
Mãe	ISANETE MARIA DE ARAUJO		
Endereço	ESTUDANTE THIAGO OZANAN ALCANTARA BENICIO, 60		
Acidente	FOTO X PEDESTRE		
Data/Hora Classificação	28/07/2017 13:15:30		
BAE	1916616	Data/Hora Entrada	28/07/2017 13:15:30
Sexo	Feminino	CNS	
Bairro	AGUA FRIA	Município	JOAO PESSOA
Motivo	ATROPELAMENTO	Profissional	MATHEUS MARINHO ENOMOTO
Data/Hora Prescrição	28/07/2017 15:52:03		

anamnese

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HOJE NO PERIODO VESPERTINO, COM DOR NA REGIAO DE OMBRO ESQUERDO DESDE ENTÃO. EXAME NEUROVASCULAR NORMAL. RX. LAC CD: INTERNAÇÃO HOSPITALAR SOLICITO EXAMES LABORATORIAIS SOLICITO RX + RM. CIRURGICO TIPOIA HEMIJ ESQUERDA

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

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

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 PAS > 110; AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

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

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 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT < 60)

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

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

Diluir

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

Dr. Matheus Enomoto
Ortopedia e Traumatologia
Médico
CRM-PB 30204



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

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

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: HEMIJ ESQUERDA)

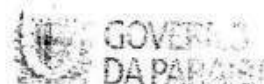
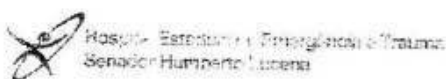
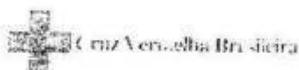
Conduta

Internar Paciente

Dr. Matheus Enomoto
Ortopedia e Traumatologia
MATHEUS MARINHO ENOMOTO
(19204/PB)

ISANETE DE ARAUJO MEIRA





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	Classe ...
Data de nascimento 13/04/1965	Idade 52	Sexo Feminino	CNS ...	Telefone (35) 98650101
Mãe ANETE MARIA DE ARAUJO				
Endereço ESTUDANTE THIAGO OZANAN ALCANTARA BENÍCIO, 60		Bairro ÁGUA FRIA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X PEDESTRE		Motivo ATROPELAMENTO	Profissional OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ	
Data/Hora Classificação 28/07/2017 13:15:30			Data Hora Prescrição 28/07/2017 13:35:28	

Anamnese

PACIENTE COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO, COM TRAUMA EM OMBRO DIREITO. NEGA TRAUMA CRANIANO. NEGA DEPRESSÃO VENTIL. REFERE DOR EM OMBRO ESQUERDO E CAIXA TORÁCICA A ESQUERDA. ABDOME SEM ALTERAÇÕES. PA: 220X100 CM. 1-5... RX OMBRO ESQUERDO E TORAX 2- SOLICITO AVALIAÇÃO ORTOPEDIA 3- ANALGESIA + 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 A 30)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

CID10

Código	Descrição
S14.9	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



**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha 2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Isamete de Souza Netto

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃOAgulha de pleuro 50-001
Fio de Kirschner 2.0-001

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

43 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Francisco de Assis Silva BH Permutário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: _____
Clínica/Setor: _____ FATE: _____ LE: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Alisson 1º Assistente: Dr. R. R. R.
2º Assistente: Dr. Cláudio (R2) 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. T. T.
Tipo de Anestesia: Blotagem / Sedação Início: _____ Término: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Divertículo Perianal (Chagacha)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de Divertículo Perianal (Chagacha)</u>	

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

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

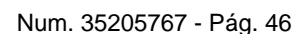
Suelio M. Novais Almeida
Médico
CRM-PB 9177

João Pessoa, 02/10/2020



22

Rosario A. S. de la Cruz





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1 - Paciente em Decúbito dorsal sobre prisma
- 2 - Anestesia + antiseptia
- 3 - Afiação de canfora cirúrgica

Incisão:

- 4 - Incisão na pele
- 5 - Dissecção profunda
- 6 - Hemostasia cirúrgica

Achados:

- 7 - Duração cirúrgica curta

Conduta:

- 8 - Profundidade da incisão paralela ao eixo da pele
- 9 - Hemostasia + drenagem cirúrgica com fio Ethcon 5/0
- 10 - Sutura de fechamento com fio KC 2,5 sobre o eixo

Fechamento:

- 10 - Sutura fina e limpa
- 11 - Curativa estéril
- 12 - Rx de controle

Observação:

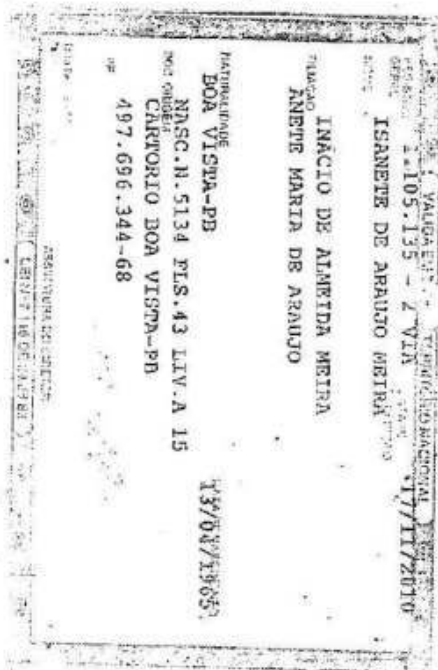
- 13 - Típica RLS

Glauber M. Novaes Miranda
Médico
CRM - RJ 9720

João Pessoa, 02/08/17

Médico/CRM:





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME HAROLDO FERREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR		
DOC. IDENTIDADE / C.R.G. / PASSOCE / UF 3335861 EST PB		
CPF 090.538.974-37 DATA NASCIMENTO 09/06/1992		
FILIAÇÃO HAROLDO FERREIRA DE OLIVEIRA EVANY GALDINO DE MELO OLIVEIRA		
PRIMEIRA ACC CAT. HAB AB		
Nº REGISTRO 05321633290		
VALIDADEZ 28/06/2021		
1ª EMISSÃO 07/10/2011		
OBSERVAÇÕES A 7		
Assinatura do Portador Haroldo Ferreira de Oliveira Junior		
ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL JOÃO PESSOA, PB		
DATA EMISSÃO 28/06/2016		
Assinatura do Emissor 15394835504 PB032810172		
DETRAN - PB (PARAÍBA)		

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1280729771

PROIBIDO PLASTIFICAR
1280729771





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

LAUDO LESÃO CORPORAL

Laudó n° 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.





GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

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 álgicas e limitação parcial da flexão e abdução do ombro esquerdo.

QUESTOS:

- 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 QUESTO 4.
- 10) Provocou aborto? NÃO

Dr(a). Antônio Vieira de Moura

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES
Data: 07/10/2020 11:56:27
Módulo: 207.609-2





quisição 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.

ÓBS-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 traumatológico 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 n.º 20.960 e ERICKY PEDRO DE MELO PEREIRA, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção da Paraíba sob o n.º 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.


ISANETE DE ARAÚJO MEIRA
OUTORGANTE

CARTÓRIO
VB 2º OFÍCIO DE NOTAS
VIEIRA BATISTA

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-016744

Reconheço por autenticidade a firma de:
ISANETE DE ARAÚJO MEIRA

Deu fe, em testemunho da cartada, João Pessoa - PB, 19/05/2020 09:43:33
EMOL: R\$ 10,22 FPPJ: R\$ 2,04 CARPEN: R\$ 0,30 ISS: R\$ 0,61
SELO DIGITAL: A 202156-99
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>


ROSSYÂNGELA COELLA MARQUES BATISTA - ESCRIVENTE AUTORIZ




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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143890/20

Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

CPF: 497.696.344-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 28/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

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

HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCOS AURELIO VIDAL



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143890/20

Vítima: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

CPF: 497.696.344-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 28/07/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISANETE DE ARAUJO MEIRA

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

HAROLDO PEREIRA DE OLIVEIRA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCOS AURELIO VIDAL





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 indenitória na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos 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.joaobarbosaadvass.com.br



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

