



Número: **0850715-69.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33935 668	03/09/2020 09:50	2746780_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

Nº Sinistro: 3180035248

Vítima: RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

Data do Acidente: 20/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180035248**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12269348

Pag. 00749/00750 - carta_01 - INVALIDEZ



00020375



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

Sinistro: 3180035248

Vítima: RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

Data do Acidente: 20/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180035248** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00313/00314 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12276902



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12350934

A/C: RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

Nº Sinistro: 3180035248
Vitima: RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ
Data do Acidente: 20/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000023022-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade do segmento lombar da coluna vertebral 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00139/00140 - carta_15R - INVALIDEZ

00030070



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal preencherá o campo 2 "Assinatura do Representante Legal".

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
12 JAN. 2018
PROTOCOLO
AS: JOÃO PESSOA

Número do Sinistro ou ASL

CPF da vítima

Nome completo da vítima

704.919.994-02

Rita de Cassia Silva Queiroz

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Rita de Cassia Silva Queiroz		CPF titular da conta 704.919.994-02	Profissão autônoma
Endereço Rodrigo Pequeno Neto		Número 27	Complemento Ca. 02-11-27
Bairro Jardim Iguazu	Cidade João Pessoa	Estado PB	CEP 58084-114
E-mail alexamoraesarduarte@hotmail.com		Telefone (DDD) 83-99105-5363	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00		☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341) CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRº 0038	DIV	CONTA NRº 00023022	DIV	AGÊNCIA NRº	DIV	CONTA NRº	DIV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

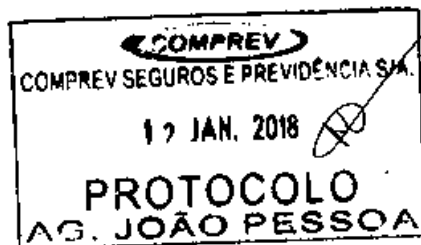
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 02 de Janeiro de 2018
Local e Data

Rita de Cassia Silva Queiroz
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

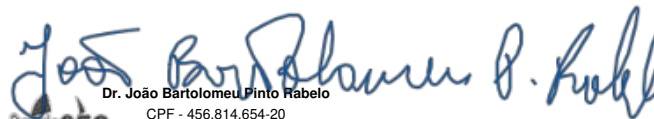
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Rita de Cassia Pereira Silva Queiroz
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Ednaldo Pequeno Netto, 27
Jardim Veneza Joao Pessoa PB CEP: 58084-114
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3772185
Data local do exame: [29/01/2018] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- TRAUMATISMO NA COLUNA LOMBAR COM FRATURA DE VERTEBRA LOMBAR
AO EXAME FÍSICO LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA COLUNA VERTEBRAL, QUEIXAS DE DOR AOS
ESFORÇOS FÍSICOS.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(X) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- EVOLUI COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DA COLUNA LOMBAR E QUEIXAS DE DOR AOS ESFORÇOS.**
Data da alta: 15/02/2017.
REALIZADO TRATAMENTO COM COLETE DE PUTTI, NÃO FEZ FISIOTERAPIA.
RESULTADOS INSATISFATORIOS, COM QUEIXAS DE DOR E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DA COLUNA LOMBAR.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DAS COLUNA LOMBAR E QUEIXAS DE DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS.**
Caso a resposta seja "Não", concluir dentro as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| () "Exame não permite conclusão"
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02276.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02276.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:57 horas do dia 28 de dezembro 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 José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Rita de Cassia Pereira Silva Queiroz**, CPF nº 704.919.994-02, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônomo, filho(a) de Severina Targino da Silva Pereira e Severino Anízio Pereira, natural de Bananeiras/PB, nascido(a) em 17/04/1992 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Ednaldo Pequeno Neto, Nº 27, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Corpo de Bombeiros, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99310-5125.

Dados do(s) Fatos:

Local: Ranicle Mazilli, Próximo a Casa Lotérica, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/04/17 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

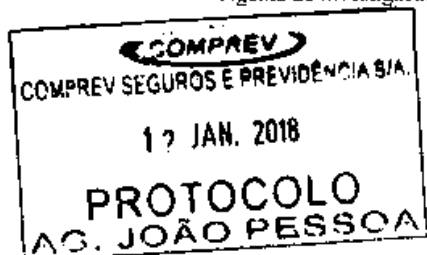
QUE, segundo a notificante no dia 20/04/2017, por volta 16:00 horas, quando vinha de carona no veículo, tipo motocicleta, modelo YAMAHA/XTZ 125 K, ano e modelo: 2008 de cor azul, placa: MOT 1256/PB, CHASSI nº 9C6KE094080036269, estando este veículo em nome da notificante, que este veículo era conduzida pela pessoa de DANIEL PEREIRA DA SILVA, portador da Rg nº 3867784 SSP/PB, CPF nº 105.857.904-50 e CNH nº 05378942520 categoria "A". QUE, segundo a notificante ao chegar na AV. Ranicle Mazilli, um outro veículo tipo motocicleta, não sabendo identificar o modelo nem o condutor fez uma ultrapassagem indevida e colidiu no veículo (moto) que a notificante encontrava-se, vindo a mesma a cair no solo e se lesionando, sendo socorrido pela ambulância do SAMU, para o hospital de Emergência e trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico, cujo boletim de entrada nº 995.291 (acidente de motocicleta) expedido em 30/11/2017, expedido pelo médico Dr. José de Almeida Braga CRM 2329 PB, que não quer representar criminalmente.

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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 28 de dezembro de 2017.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ
Notificante



Procedimento Policial: 02276.01.2017.1.00.420



Declaração de inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Rita de Lúcia Silva Queiroz CPF da Vítima: 704.919.994-02 Data do Acidente: 20-04-17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante legal: _____
Email: _____ Telefone (DDD): _____

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para fins de indenização, de acordo com a Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
17 JAN, 2018

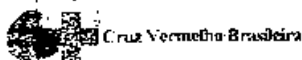
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa 02 de Janeiro de 2018
Local e Data

Rita de Lúcia Silva Queiroz Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
João Pessoa Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

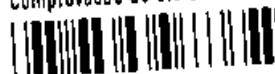


GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel.:

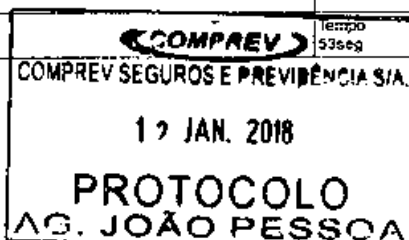
Boletim de Atendimento: 995291

Comprovação de ato declaratório



Identificação do paciente				
ID 1162549	Nome RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ			Sexo Feminino
Data de nascimento 17/04/1992	Idade 25 anos 3 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe SEVERINA TARGINO DA SILVA PEREIRA				Pai SEVERINO ANISIO PEREIRA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 93105125		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 704500313747515		
Local de procedência CRISTO REDENTOR		Tipo BAIRRO	UF PB	
E-mail	Naturalidade BANANEIRAS	CBO/R		
Endereço				
CEP 58071590	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DESPORTISTA NAPOLEÃO DURÉ	
Número 407	Complemento	Bairro CRISTO REDENTOR		
Admissão				
Data e Hora 20/04/2017 17:16:47	Número da pulseira 100005501990	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []	Ultrasonografia []			
Ondas clínicas				
Diagnóstico				
CID				
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA				

Imprimir



20/04/2017 17:14

62



20/04/17 - 17/04/2017

Exame físico de acidente de trânsito. Lesões
no tórax e em abdômen (E)

De acordo: tórax, abdômen, membros inferiores.

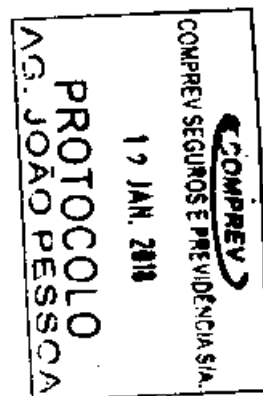
Exame físico e diagnóstico em abdômen exposto. Não há lesões
visíveis na pele, palpação não

Exame físico: tórax, abdômen, membros inferiores.

Exame físico: tórax, abdômen, membros inferiores.

- Exame físico:
- 1) tórax
 - 2) abdômen
 - 3) tórax
 - 4) tórax
 - 5) tórax

Dr. José Maria F. Ribeiro
CRM 100000



20/04/17

NEU-2

21:40

VITAS DE ACIDENTE MORTALIDADE QUEIMADO

LESIONES DIVERSAS.

ACIDENTE

RE-EXAME DOS PROCESSOS TÓRAX E ABDÔMEN

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

COLUNA + ANE + MOP

Dr. Rodrigo Marmo da C. e Sousa
NEUROCIRURGIA
CRM 5975



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: 31/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

BANCO: 104

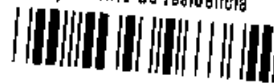
AGÊNCIA: 00038

CONTA: 000000023022-6

Nr. da Autenticação 9C08A5464A593CA9



Comprovante de residência

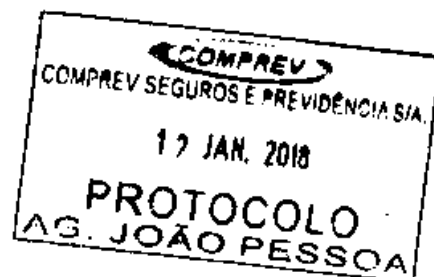


ALEXANDRA CESAR DUARTE
48.484.408-00058
Maceiô, 58035-450, JARDIM PESSOA, PB

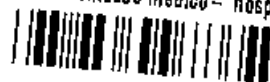
VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÍVIDAS, ACESSO NET.COM.BR

Código NET
907/013314867
CPF/CNPJ
046.502.754-74

Vencimento
25/09/2017
Valor
194,64
Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO



Documentação médica - hospitalar



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	RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ
DATA DE NASCIMENTO	17/04/92
NOME DA MÃE	SEVERINA TARGINO DA SILVA PEREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	995.291	COMPREV
DATA DO ATENDIMENTO	20/04/17	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SIA.
HORA DO ATENDIMENTO	17:16	12 JAN. 2018
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
DIAGNÓSTICO (S)	POLITRAUMATISMO	
CID 10	T06.8	

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com abrasões em região glútea esquerda, trauma em região lombar esquerda. Trauma em MSE. Abdome sem queixas. Glasgow 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de cotovelo esquerdo
RX de braço esquerdo
RX de antebraço esquerdo
TC de coluna lombo-sacra

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

TRATAMENTO:

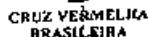
Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	20/04/17
DATA DA EMISSÃO:	30/11/17

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

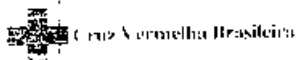
ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





B.E./PRONTU

[illegible]



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

VERDE, 1 -
CNES: 2778696 - Tel.:

Paciente RITA DE CÁSSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ	BAE 995291	Data/Hora Entrada 20/04/2017 17:16:47	Data Baixa
Data de nascimento 17/04/1992	Idade 25	Sexo Feminino	CNS 704500313747515
Mãe SEVERINA TARGINO DA SILVA PEREIRA			Telefone de Contato (83) 93105125
Endereço DESPORTISTA NAPOLEÃO DURÉ, 407	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALDENIO AMORIM DE LIMA	Nº Cons. Regional 5815/PB
Data/Hora Classificação 20/04/2017 17:18:56		Data/Hora Prescrição 20/04/2017 17:48:50	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE EM MOTOCICLETA HÁ APROXIMADAMENTE 01H, CAUSANDO ABRASÕES NA NÁDEGA ESQUERDA, TRAUMATISMO DA REGIÃO LOMBAR ESQUERDA E NO MSE, SEM OUTRAS LESÕES AO EXAME. CONDUTA: ANALGESIA; CURATIVOS. LIBERADA PELA CIR. GERAL COM ORIENTAÇÕES AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA E NEUROCIRURGIA.

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 FRASCO/AMP VIA E.V., 12/12H, (OBSERVAÇÕES: +100ML SF)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 6/6H

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: CURATIVO EM ABRASÕES)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

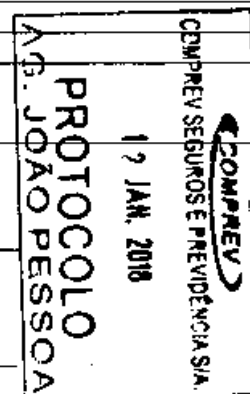
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

ALDENIO AMORIM DE LIMA
(5815/PB)

RITA DE CÁSSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ



REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ		
Data de 17/04/1992	Nº Boleim Emergência 995291	Prontuário
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM		
RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO		
RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO		
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO		
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE		

TOMOGRAFIA
TIPO: Lombo e braco
DATA: 20/04/2017
HORA: 12:24
TOME IEC RAD.

20 de Abril de 2017

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
12 JAN. 2018
PROTOCOLO
AS. JOAO PESSOA



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ		Data de	17/04/1992	Idade	25	Sexo	FEMININO	Nº	995291	Nº		Data Prescrição	20/04/2017 17:48:50
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Selo		Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a				20/04/2017 17:48:50	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

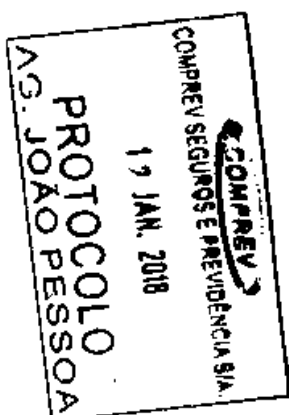
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apresentação
1 CETOPROFENO 100 MG	1.0	FRAMP		E.V.		12/12H	Observação: +100ML SF	15.00
2 DILIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	AMP		E.V.		6/6H		15.00
3 CURATIVO	0.0						Observação: CURATIVO EM ABRASÕES	15.00

20 de Abril de 20

ALDENIO AMORIM DE LIMA

CRM: 5815

Assinatura e Carimbo do Profissional



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ	Data de	17/04/1992	Idade	25	Sexo	FEMININO	Nº	995291	Nº		Data Prescrição	20/04/2017 17:48:50
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector		Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a	20/04/2017 17:48:50				

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

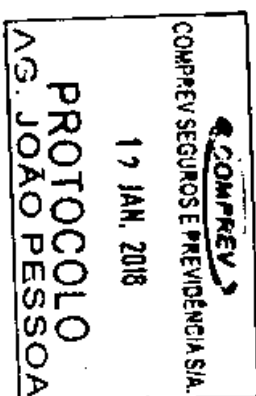
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apresentação
1 CETOPROFENO 100 MG	1.0	FRAMP		E.V.		12/12H	Observação: +100ML SF	1000
2 DIFIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	AMP		E.V.		6/6H		1000
3 CURATIVO	0.0						Observação: CURATIVO EM ABRASÕES	1000

20 de Abril de 2017

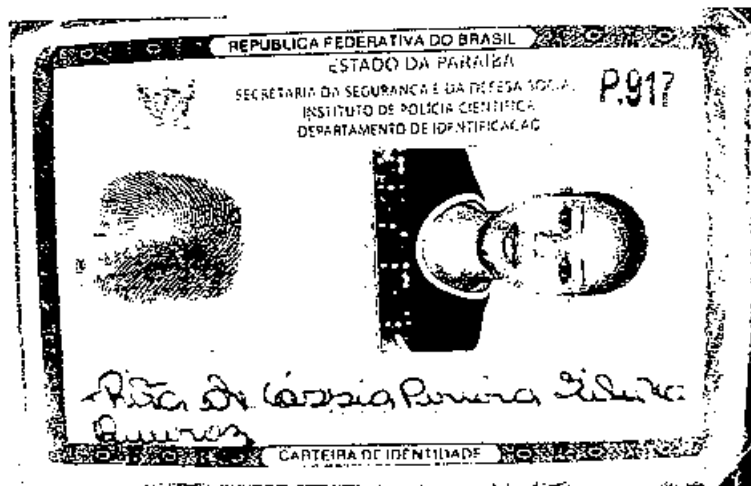
ALDENIO AMORIM DELIMA

CRM: 5815

Assinatura e Carimbo do Profissional



Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

IDENTIFICAC GATRAL	3.772.185	DATA DE EXPECACAO	20/07/2009.
NOME	RITA DE CÁSSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ		
FILIAÇÃO	SEVERINO ANIZIO PEREIRA SEVERINA TARGINO DA SILVA PEREIRA		
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
BARANEIRAS-PB	17/04/1992		
DOC. ORDEM	CASAM N.3322 PLS.13 LIV.B-08		
COT	CARTORIO SOLÁNEA-PB		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº 7.116 DE 19.08.2011			

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

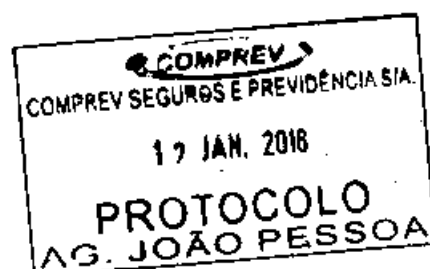
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
704.919.984-02

Nome
RITA DE CÁSSIA PEREIRA SILVA QUEIROZ

Nascimento
17/04/1992

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Documentos de identificação



RA DE IDENTIDADE DE ARRAJATO

da Paraíba

Matrícula nº
14435

Nome
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Sexo
F

Endereço
AL EXANDRE DE ARAUJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Cidade
RIO DE JANEIRO-RJ

Estado
BRASIL

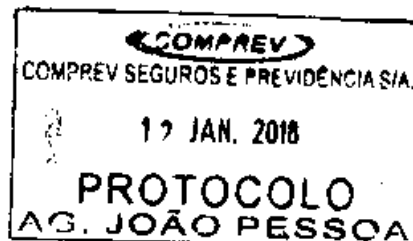
Data de Nascimento
21/08/1982

Data de Conclusão do R.A.R.
07/12/2008

Data em que foi emitido
30/07/2009

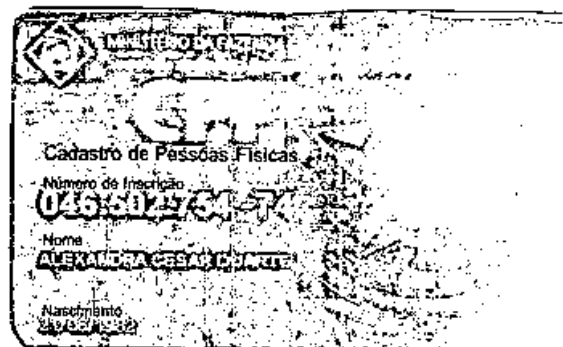
Data de Exatidão
12/01/2009

He Uss
JOSE MARIO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE



07833220

Assinatura do Titular da Carteira



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PS Nº 013176761901
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1-0098069914-2 00/00000000 2017

RITA DE CÁSSIA PEREIRA S QUEIROZ

70491999402

MOT1256/PB

NOVO PB

9C6KE094080036269

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

GASOLINA

YAMAHA/XTZ 125K

2008 2008

2 P/124 /CI

PARTIC

AZUL

IPVA PAGO EM

00/00/0000

0

SEGURO

PAGO

04/07/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOÃO PESSOA - PB

19399

17/07/2017

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DO VANTERRESTRE COMPOSIÇÃO CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS QUITAÇÃO SEGURO DPVAT

PS Nº 013176761901 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1264

EXERCÍCIO

2017

DATA EMISSÃO

17/07/2017

70491999402

MOT1256/PB

00980699142

YAMAHA/XTZ 125K

2008

9

9C6KE094080036269

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IDF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGO

COTA ÚNICA

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

04/07/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.608/0001-04

17/07/2017

OUT



02-2016

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

17 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/09/2020 09:50:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090309502105400000032464825

Número do documento: 20090309502105400000032464825

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180035248 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RITA DE CASSIA PEREIRA SILVA **Data do acidente:** 20/04/2017 **Seguradora:** VANGUARDA CIA SEGUROS
QUEIROZ

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NA COLUNA LOMBAR COM FRATURA DE VÉRTEBRA LOMBAR.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO SEGMENTO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL, QUEIXAS DE DOR AOS ESFORÇOS FÍSICOS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO COM COLETE DE PUTTI, NÃO FEZ FISIOTERAPIA. RESULTADOS INSATISFATÓRIOS, COM QUEIXAS DE DOR E LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DA COLUNA LOMBAR. COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DA COLUNA LOMBAR.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabela

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

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 do segmento lombar da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

