



Número: **0800058-66.2020.8.15.1071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Jacaraú**

Última distribuição : **29/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34256 993	14/09/2020 12:26	<u>2752051_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190654861

Vítima: MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 11/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

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

Pag. 00987/00988 - carta_01 - INVALIDEZ



00020494

Carta nº 15140847





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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190654861 **Vítima: MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA**

Data do Acidente: 11/09/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 11/09/2017, emitida pelo Dr. JOSE DE ALMEIDA BRAGA, CRM nº 2329 - PB, da Instituição HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00283/00284 - carta_31 - INVALIDEZ



00050142

Carta nº 15179894



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2020 12:26:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091412264170400000032763580>
Número do documento: 20091412264170400000032763580

Num. 34256993 - Pág. 2

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: **0413540/99** 3 - CPF da vítima: **066.448.414-06** 4 - Nome completo da vítima: **Wilcerec de Pioctete Alves de SIlva**

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

5 - Nome completo: **Wilcerec de Pioctete Alves de SIlva** 6 - CPF: **066.448.414-06**
 7 - Profissão: **INFORMOU** 8 - Endereço: **Sítio Fazenda** 9 - Número: **511** 10 - Complemento: **555 N**
 11 - Bairro: **Chacara Rural** 12 - Cidade: **Jacumã** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58238000**
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: **076-231-4** 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: 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)

AGÊNCIA: **0762** CONTA: **56231 4**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varías)? 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
Imprressão
digital da
vítima ou
beneficiário
pelo alfabetizado

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)

40 - Local e Data,

Wilcerec de Pioctete Alves de SIlva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2020 12:26:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091412264170400000032763580>
Número do documento: 20091412264170400000032763580

Num. 34256993 - Pág. 4



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº **03/2019**

Ocorrência nº. **640/2019**



Aos 19 dias de novembro de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 14h:35min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA, conhecido por , RG nº 3.441.094-SSP/PB, CPF nº 066.448.414-06, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: casada, profissão: agricultora, filho(a) de Jásé Alves Neto e Maria dos Santos Alves, natural de Nova Cruz/RN, nascido(a) em 09/04/1987, do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Riachão, S/Nº, nº , bairro: –Pedro Régis/PB, tendo como ponto de referência: vizinho a LUIZ MORENO, fone(s) para contato: (83) 98731-2588,

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 11 de setembro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 16h:00min;
- 4) LOCAL: em uma estrada de areia do Sítio Riachão nº , bairro –Pedro Régis/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de traumas de João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

HONDA/NXR 150 BROS ES, ano/modelo: 2011, cor vermelha, NIV: 9C2KD0550BR009441, placa: NNQ-7063/RN, licenciada em nome de DANIEL PEDRO DA SILVA.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE.

11) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE a notificante conduzia a motocicleta acima mencionada, quando colidiu contra um animal (cachorro) que abruptamente atravessava a estrada; QUE em seguida foi socorrida para o hospital de Traumas de João Pessoa.

12) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

Maria da Piedade Alves da Silva

MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

Comunicante

Kennedy De Carvalho Andrade
Kennedy De Carvalho Andrade
Escrivã(o)/Agente Mat. nº 155.335-6

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 ASI: **0413540/19** 3 - CPF da vítima: **066.448.434-06** 4 - Nome completo da vítima: **Umaric de Pioecte Alves de SIlva**

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

5 - Nome completo: Umaric de Pioecte Alves de SIlva	6 - CPF: 066.448.434-06		
7 - Profissão: INFORMON	8 - Endereço: Sítio Fornasca	9 - Número: 01N	10 - Complemento: 055N
11 - Bairro: Almei Rural	12 - Cidade: Joacaraem	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58278000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		

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: **066.448.434-06** 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: 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)

AGÊNCIA: **0762**

CONTA: **56231 4**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deu à luz/nascituro (vai 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.

NÃO ALFABETIZADO
34
Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

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)

40 - Local e Data, **Joao Pessoa PB 25-11-2019**

X Umaric de Pioecte Alves de SIlva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

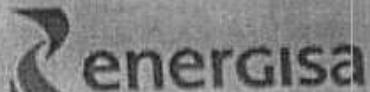
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA
SIT FORMOSA S/N - AREA RURAL
JACARAÚ/PB CEP 58779-000/14

Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sob: RUR MTC B2/RURAL - RURAL RESIDENCIAL
Roteiro: 4- 29- 557 - 1880
Medidor: 00009468722

Referencia: Nov/ 2019
Emissão: 07/11/2019



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
B7230, Km 25 - Cachorro Redentor, João Pessoa/PB, CEP 58070-080
CNPJ:09.095.123/0001-40 - Insc Est: 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°003 835.022
Céd. para Déb. Automática: 00016809-523

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a
Nov / 2019

Apresentação
07/11/2019

Data prevista da
próxima leitura
09/12/2019

CPF/ CNPJ/ RANI
066.448.414-06
Insc. Est:

5/1569952-3

UC (Unidade Consumidora):

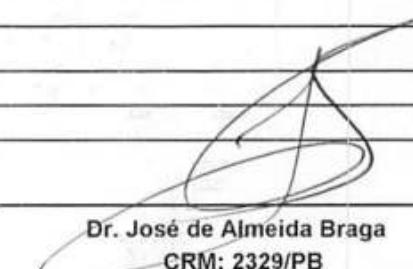
Canal de contato

Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de
vacinação e se previna.



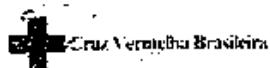
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2020 12:26:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091412264170400000032763580>
Número do documento: 20091412264170400000032763580

Num. 34256993 - Pág. 7

	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	MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA	
DATA DE NASCIMENTO	09/04/87	
NOME DA MÃE	MARIA DOS SANTOS ALVES	
DADOS EXTRAÍDOS		
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.026.824	
DATA DO ATENDIMENTO	11/09/17	
HORA DO ATENDIMENTO	23:16	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO	
CID 10	T14.9	
AVALIAÇÃO INICIAL:		
Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo luxação de joelho esquerdo. Torax e abdômen sem queixas. Sem outras queixas.		
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:		
RX de torax		
RX de joelho esquerdo		
Ultrassonografia - FAST		
RESULTADOS DOS EXAMES:		
Sem alterações.		
TRATAMENTO:		
Clínico.		
ALTA HOSPITALAR:	11/09/17	
DATA DA EMISSÃO:	05/11/19	
 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





AV. CRESTES LISBOA, 59 - PEDRO GONDI - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1026824

**Identificação do paciente**

ID 1209404	Nome MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA			Sexo Feminino
Data de nascimento 09/04/1987	Idade 30 anos 5 meses 2 dias	Estado civil	Religião	Promotor
Mãe MARIA DOS SANTOS ALVES	Pai JASE ALVES NETO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARGARIDA - IRMÃ(A)			
DDD Móvel 63	Fone Móvel 986269214	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3441084	Nº Cnes 700800412684902		
Local de procedência JACARAU		Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade NOVA CRUZ	CBO/R		

Endereço

CEP 66276972	Município de residência JACARAU	UF PB	Logradouro FORMOSA, 5/N
Número SN	Complemento		Bairro ZONA RURAL

Admissão

Data e Hora 11/09/2017 23:16:56	Número da pulseira 1000006058356	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

Especialidade CIRURGIA GERAL	Cópica	
Classificação de risco	Ongem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA x mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

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

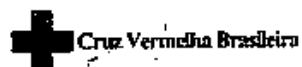
Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES	Tempo 53seg

Imprimir

11/09/2017 23:14





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA	BAE 1026824	Data/Hora Entrada 11/09/2017 23:16:55	Data Baixa
Data de nascimento 05/04/1987	Idade 30	Sexo Feminino	CNS 700800412684982
Mãe MARIA DOS SANTOS ALVES			Prontuário
Endereço FORMOSA, SN, SN	Bairro ZONEA RURAL	Município JACARAU	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO	Nº Cons. Regional 9298/
Data/Hora Classificação 11/09/2017 23:28:14		Data/Hora Prescrição 11/09/2017 23:34:00	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HOJE. NEGA USO DE CAPACETE. NEGA TCE. NEGA VOMITO, DESMAIO, CEFALÉIA, CERVICALGIA. REFERE LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. ABDOME E TORAX LIVRES ECG15

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Adalberto Vieira
Médico
CRM - PE 9298

ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO
(9298)

MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Fernandes Lacerda



RUA ORESTES LISBOA, SN - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 50031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de		Idade		Sexo		Data Prescrição	
MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA		09/04/1987		30		FEMININO		11/09/2017 23:34:00	
Motivo do Aendimento		Setor		Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a	
ACIDENTE DE MOTOCICLETA								11/09/2017 23:34:00	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento		Dose		U.M.		A.V.		Via de		Voltagem		Terapêutica		orientação de uso		Aproximadamente	
1	DIFERONA 600 MG/ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML			E.V.						AGORA					
1	Difur em AGUA DESTILADA	10,0	ML														
2	PAREGERTORTO	0,0	ML														

ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO

CRM: 9298

D: Adalberto Vieira D. Filho
MÉDICO
CRM - PB 9298

11 de Setembro de 2017

Assinatura e Carambó do Profissional



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000773374

Idade: 30 anos

Paciente: MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

Data: 11/09/2017

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL (FAST)

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional em equipamento dinâmico com transdutor convexo na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Exame realizado em caráter de urgência em paciente em vítima de trauma evidencia:

Ausência de líquido livre na cavidade abdominal ou de derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Ausência de sinais de lesões relacionadas ao trauma no fígado, vesícula biliar, baço, rins e bexiga detectáveis ao método.

Pâncreas e estruturas do retroperitônio de avaliação prejudicada devido a intensa interposição gasosa intestinal.

OBS.: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões definitivas em órgãos sólidos e vísceras oca, não havendo critérios seguros para indicação de alta hospitalar, baseando-se apenas no seu resultado negativo.

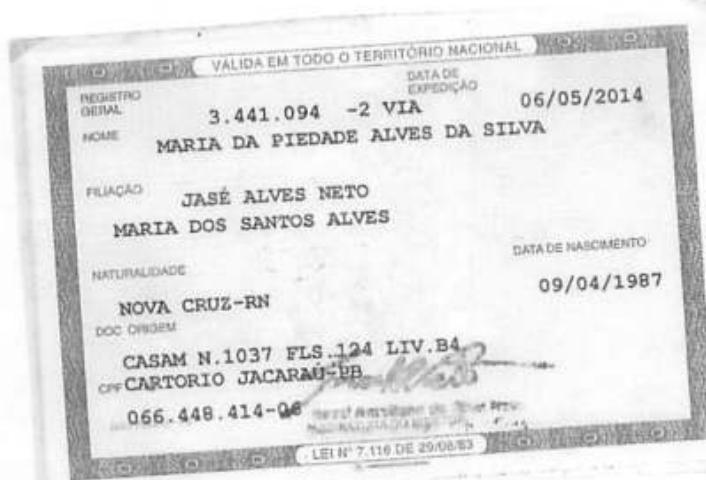
Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com ultrassonografia - FAST negativa, devem permanecer em observação intra-hospitalar.

* A ultrassonografia é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico

Este laudo foi liberado em 11/09/2017 23:52.

Dra. Catarina A.R do Nascimento
CRM: 6278 - PB





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2020 12:26:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091412264170400000032763580>
Número do documento: 20091412264170400000032763580

Num. 34256993 - Pág. 13

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1	CÓD. RENAVAM 00325100210	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO 2019
NOME JOSE PEREIRA DE OLIVEIRA FILHO			
CPF / CNPJ 720.928.314-53		PLACA NNQ7063	
PLACA ANT / UF NNQ7063 / RN		CHASSI 9C2KD0550BR009441	
ESPECIE/TIPO PASSEI/ERO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVEL		COMBUSTIVEL ALCOOL-GASOL	
MARA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES		ANO FAB. 2011	ANO MOD. 2011
CAP / PGT / CIL. 0CV/149 CILINDRADAS		CATEGORIA PARTICULAR	
COR PRÉDOMINANTE VERMELHA		VENC / COTAS	
I	COTA UNICA R\$ 0.00	1º	PAGO
P	FAIXA IPVA 014910 3X	2º	PAGO
V	PARCELAMENTO / COTAS R\$ 23.44	3º	PAGO
A			
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
*** LICENCIAMENTO DETAN: PAGO		***	DPVAT: PAGO
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: KD05E6B009441 DE PORTE OBRIGATÓRIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
NATAL/RN		DATA 17/04/2011	
 Carlos Silvestre da Silva Presidente da CNC Presidente da Confederação das Federações de Motoqueiros do Brasil Presidente da FENAM			



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2020 12:26:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091412264170400000032763580>
 Número do documento: 20091412264170400000032763580

Num. 34256993 - Pág. 14

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190654861 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 11/09/2017 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG.1 LAUDO MÉDICO DR JOSE DE ALMEIDA BRAGA CRMPB 2329 DATA:11/09/2017.

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
			Total	0 %



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190654861 **Cidade:** Jacaraú **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 11/09/2017 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG.1 LAUDO MÉDICO DR JOSE DE ALMEIDA BRAGA CRMPB 2329 DATA:11/09/2017.

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
			Total	0 %



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413540/19

Vítima: MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

CPF: 066.448.414-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/09/2017

Titular do CPF: MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA : 066.448.414-06

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: 25/11/2019
Nome: MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA
CPF: 066.448.414-06

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA
CPF: 068.954.516-92

MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2020 12:26:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091412264170400000032763580>
Número do documento: 20091412264170400000032763580

Num. 34256993 - Pág. 17