



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
34256993	14/09/2020 12:26	<a href="#">2752051_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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

Carta nº 15140847

Pag. 00987/00988 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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











**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). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(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 Jasé 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:0min;
- 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/VÍTIMA 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 HOUE.**

**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, escrevã(o) que digitei.

*Maria da Piedade Alves da Silva*

**MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA**

Comunicante

*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 ASL: 0413940/19 3 - CPF da vítima: 066.448.434-06 4 - Nome completo da vítima: Zilene de Fiebert 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: Zilene de Fiebert Alves de Silva 6 - CPF: 066.448.434-06  
7 - Profissão: INFORMADOR 8 - Endereço: Sítio Fommarca 9 - Número: 91N 10 - Complemento: 255N  
11 - Bairro: Aneel Rural 12 - Cidade: Jacarema 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58238-000  
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:

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:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ 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: 0762

CONTA: 56231

4

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

Impressão digital da vítima 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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Jacarema PB 25-11-2019

X Zilene de Fiebert Alves de Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



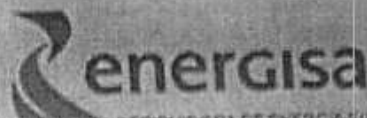
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2020 12:26:41

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091412264170400000032763580

Número do documento: 20091412264170400000032763580



MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA  
SIT FORMOSA S/N - AREA RURAL  
JACARAÚ/PB CEP 58279-000 (AG 14)



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
E/220, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa/PB - CEP 53071-180  
CNPJ: 08.095.189/0001-40 - Insc Est: 16.015.923-0

Ligação: MONOFÁSICO  
Cis/Sbc: RUMTCB2/RURAL - RURAL RESIDENCIAL  
Roteiro: 4 - 26 - 557 - 1980  
Medidor: 00008468722

Referência: Nov / 2019  
Emissão: 07/11/2019

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 003 935 022  
Cód. para Débito Automático: 00016490623

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://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.

UC (Unidade Consumidora):

5/1569952-3

Canal de contato

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







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 abdomen sem queixas. Sem outras queixas.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax  
RX de joelho esquerdo  
Ultrassonografia - FAST

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

### TRATAMENTO:

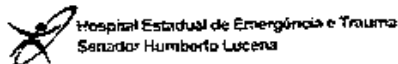
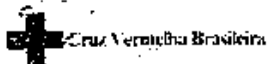
Clínico.

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. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDI - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1026824

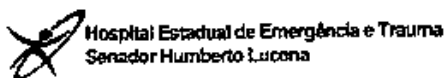
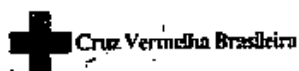


Identificação do paciente			
ID 1209404	Nome MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA	Sexo Feminino	
Data de nascimento 09/04/1987	Idade 30 anos 5 meses 2 dias	Estado civil	Religião
Mão MARGARIDA DOS SANTOS ALVES	Pal JASE ALVES NETO	Responsável (Parentesco) MARGARIDA - (RMAD(A)	
Escolaridade	DDD Móvel 83	Fone Móvel 986289214	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3441094	Nº Cns 770800412684902	
Local de procedência JACARAU	Naturalidade NOVA CRUZ	Tipo MUNICÍPIO	UF PB
Emerl		CBO/R	
Endereço			
CEP 56276972	Município de residência JACARAU	UF PB	Logradouro FORMOSA, S/N
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
Admissão			
Data e Hora 11/09/2017 23:16:56	Número da pulseira 1000006058356	Comênio SU5	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Critica		
Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter do 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
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES			Tempo 83seg

Imprimir

11/09/2017 23:14





## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA</b>	BAE <b>1026824</b>	Data/Hora Entrada <b>11/09/2017 23:16:55</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>09/04/1987</b>	Idade <b>30</b>	Sexo <b>Feminino</b>	CNS <b>700500412684982</b>
Mão <b>MARIA DOS SANTOS ALVES</b>			Telefone de Contato <b>(83) 986289214</b>
Endereço <b>FORMOSA, S/N, S/N</b>	Bairro <b>ZONA RURAL</b>	Município <b>JACARAU</b>	Prontuário
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>11/09/2017 23:28:14</b>		Nº Cons. Regional <b>92987</b>	Data/Hora Prescrição <b>11/09/2017 23:34:00</b>

## Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HOJE. NEGA USO DE CAPACETE. NEGA TCE. NEGA VOMITO, DESMAIO, CEFALIA, 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

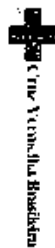
## Conduta

Em observação

Dr. Adalberto Vieira Dias Filho  
Médico  
CRM - PB 92987

ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO  
(92987)

MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA



Hospital Municipal de Emergências e Trauma  
Sociedade Humberto Lucena



RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA	Data de	09/04/1987	Idade	30	Sexo	FEMININO	Nº	1026824	Nº		Data Prescrição	11/09/2017 23:34:00
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Seior		Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a	11/09/2017 23:34:00				

### MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Velocidade	Farmacologia	Orientação de Uso	Aprezzimento
1. DIFERONAL 500 MG/ML (AMPOLA ZML)	4.0	ML						
2. PARACETOL	10.0	ML						

11 de Setembro de 2017

ADALBERTO VIEIRA DIAS FILHO

CRM: 9298

Dr. Adalberto Vieira D. Filho

MEDICO

CRM: PE 9298

Assinatura e Carimbo 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 evidência:

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 ocas, 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*

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

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





**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - RN** Nº **014527541710**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA: 1 COD. RENAVAM: 00325400210 R.N.T.R.C.: EXERCÍCIO: 2019

NOME: JOSE PEREIRA DE OLIVEIRA FILHO

QPE / GNPJ: 720.928.314-53 PLACA: NNQ7063

PLACA ANT. / UF: NNQ7063 / RN CHASSI: 9C2KD0550BR009441

ESPECÍFICO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NÃO APLICAVE COMBUSTÍVEL: ALCOOL-GASOL

MARCA / MODELO: HONDA/XXR150 BROS ES ANO FAB.: 2011 ANO MOD.: 2011

CAP. / POT. / CIL.: 0CV/149 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULAR CCR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: R\$ 0.00 VENC. COTA ÚNICA: 11/04/2019 VENC. / COTAS:

1º PAGO  
2º PAGO  
3º PAGO

FAIXA I/PVA: 014910-5X PARCELAMENTO / COTAS: R\$ 23.44

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO:

\*\*\* LICENCIAMENTO DETRAN: PAGO \*\*\* DEVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES:

MOTOR: KD05E55009441 DE PORTE OBRIGATÓRIO  
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

DATA: 17/04/2019

Carla Silvestre da Silva  
Coordenadora de Registro do Veículo  
DETRAN-RN



## 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 %	R\$ 0,00





## 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 %	R\$ 0,00



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413540/19

**Vítima:** MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

**CPF:** 066.448.414-06

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/09/2017

**Titular do CPF:** MARIA DA PIEDADE ALVES DA SILVA

### 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](http://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

