



Número: **0806299-22.2020.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **13/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 2.362,50**

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
ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA (AUTOR)	JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36006 864	28/10/2020 10:06	<u>2761504_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA**

Nº Sinistro: **3180445246**
Vitima: **ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA**
Data do Acidente: **22/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180445246**.

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 13400458



Pag. 00275/00276 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:06:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810060125100000034384863>
Número do documento: 20102810060125100000034384863

Num. 36006864 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

Nº Sinistro: 3180445246

Vitima: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

Data do Acidente: 22/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180445246**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

Pág. 01685/01686 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13402235

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:06:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810060125100000034384863>
Número do documento: 20102810060125100000034384863

Num. 36006864 - Pág. 2



Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2019

Aos Cuidados de: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

Nº Sinistro: 3180445246
ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA
Data do Acidente: 22/04/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o número de sinistro **3180445246**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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 14313314

Pag. 00189/00190 - carta_09 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:06:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810060125100000034384863>
Número do documento: 20102810060125100000034384863

Num. 36006864 - Pág. 3



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 e deve 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 precisará assinar o formulário (no 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").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

713.121.844-85

Nome completo da vítima

Erika Almeida da Silva Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Erika Almeida da Silva Lima	CPF titular da conta 713.121.844-85	Profissão Recurso
Endereço João d'ira Braga	Número 5/N	Complemento _____
Bairro São José	Cidade Sousa	Estado PB
Email verasdprivat@hotmail.com	CEP 58800 000	Telefone (DDD) (83)9.9919-4307

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA NRO. 6685 D/V _____ CONTA NRO. 13637 D/V 3
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name _____ NRO. _____

AGÊNCIA NRO. D/V _____ CONTA NRO. D/V _____
(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 Lider 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.

Sousa-PB, 18 de Agosto de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

24 SET. 2018

**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

Número do Sinistro: 3180445246
Nome do(a) Examinado(a): Erika Almeida da Silva Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Lira Braga, S/N
Sao Jose Sousa PB CEP: 58805-010
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 4373572
Data local do acidente: [22/04/2018]
Data local do exame: [23/11/2018] Cajazeiras [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO FÉMUR DIREITO MAIS FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 22/04/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO FÉMUR DIREITO, MAIS FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO FÉMUR DIREITO MAIS OSSOS DA Perna ESQUERDA NO DIA 09/05/2018 COM USO DE PLACAS DCP 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICais, RECEBEU ALTA APÓS 4 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 7 SESSOES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPEDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA CLAUDICAÇÃO INTESA DURANTE A DEAMBULAÇÃO FAZENDO USO DE MULETAS AXILARES PARA LOCOMOÇÃO

Data da Alta: 26/04/2018

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA Perna DIREITA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA Perna ACOMETIDA EM 2 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA É EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II COM DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20°, CLAUDICAÇÃO INTESA DURANTE A DEAMBULAÇÃO FAZENDO USO DE MULETAS AXILARES PARA LOCOMOÇÃO.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA Perna DIREITA EM 2,5 CM

DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU II

DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°

ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA Perna ACOMETIDA EM 2 CM

DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II

DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20°

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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 quantitativo 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Tiago Martins Formiga

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL
2º SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL - PATOS/PB
19º DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - SOUSA/PB
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SANTA CRUZ/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 93/2018

VERSANDO SOBRE: Acidente de Transito.

DATA DO FATO: 22.04.2018. Horário: 07:30 min. Aproximadamente

LOCAL DO FATO: Sousa-PB.

DATA DE CONHECIMENTO DA DELEGACIA: 26.05.2018

O(A) Comunicante: FRANCISCA DE ALMEIDA FEITOSA; Nacionalidade: brasileiro(a); Naturalidade: Sousa-PB, Estado Civil: divorciada, Profissão: do lar, Idade: 55 anos, Data de Nascimento: 25.10.1964, RG: 2034067-SSP/PB, CPF: 020513194-80, Filiação: Jose Caitano de Almeida e de Adefrudes Maria de Almeida Residente na Rua João Lira Braga S/Nº, Bairro São Jose Sousa-PB.

Vitima: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA, brasileira, solteira, estudante, com 20 anos de idade, filha de Edivaldo Manoel da Silva e de Francisca de Almeida Feitosa, RG nº 4373572-SSP/PB, CPF nº 713121844-85, residente na Rua João Lira Braga, S/N Bairro São Jose Sousa-PB.

HISTÓRICO DO FATO

O(a) comunicante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB declarou o SEGUINTE. QUE, na data hora e local acima descrito, a sua filha sofreu um acidente de trânsito, quando trafegava de garupa da Cidade de Tenente Ananias, sentido sua residência no endereço acima citado, da MOTO HONDA/CG 160 FAN ESDI, COR PRETA, ANO E MODELO 2015/2016, PLACA QFN4106/PB, CHASS 9C2KC2200GR064160, licenciada em nome de Fernanda Cristina do Nascimento e conduzida por sua amiga conhecida por FLAVIA. Que, ao chegarem próximo a estátua de Frei Damiao na Cidade de Sousa, um veículo tipo scort que ia em sentido contrário na contra mão, veio a colidir de frente com a moto que ambas iam. Que, na colisão sua filha e amiga vieram a cair, em baixo na pista. Que, sua filha e amiga sofreram trauma pelo corpo. Que ambas foram socorridas pelo SAMU para o Hospital Regional de Sousa, onde receberam atendimento médico. QUE TODAS AS INFORMAÇÕES CONTIDAS SÃO DE TOTAL RESPONSABILIDADE DO COMUNICANTE. Segundo determinação da Portaria nº 352/2013/DGERAL/SEDS/PB, onde determina que os Boletins de Ocorrência sejam registrados em qualquer Delegacia desse Estado. Declaro ainda ser conhecedor (a) das

24 SET. 2018

SUELI MOREIRA TORRES
SOUTO MUNIZ
ESCRIVAO AD-HOC
NAT 52735-1

DOCUMENTO ORIGINAL





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL
3º SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL - PATOS/PB
19º DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL - SOUSA/PB
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SANTA CRUZ/PB

sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarrei não porte estritamente a verdade.

Autoridade Policial: Vicente Honorio Filho

Providencias Adotada: Lavratura do BO

Comunicante: Francisca de Almeida Fietosa

OSMARINO SOUTO MUNIZ
ESCRIVÃO AD-HOC
MAT 507130-1

24 SET. 2018





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
Erika Almeida da Silva Lima CPF da Vítima
713.123.824-85 Data do Acidente
22/10/11 2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email <u>verasdpvat@hotmail.com</u>	Telefone (DDD) <u>(83) 9.9919-4307</u>

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 atende 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 os fins do §1º do art. 3º da 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.

Sousa-PB, 18 de Agosto de 2018
Local e Data

Erika Almeida da Silva Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

24 SET. 2018





Sousa, 25 de maio de 2018

Ao Sr (a):

Em resposta a vossa solicitação recebida em 22/05/18 passa a informar o que segue:

Nº da ocorrência: 0019

Vítima: ÉRIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

Sexo: Feminino

Data: 22/04/18

Local da Ocorrência: ***

Médico Intervencionista: Dra. Tomázia Estrela

Viatura: USA 01

Condutor: Mauricélio

Téc. Enfermagem: Milena

Enfermeiro (a): Ana Carla Abrantes

Natureza da ocorrência: Paciente vítima de colisão carro x moto, encontrada em decúbito dorsal, agitada, olhos de guaxinim, com escoriações na face e fratura de MID. Realizado protocolo de APH, feito AVP com SF e conduzida ao HRS.

Waleska Cristyna de Oliveira Pinto
Coordenadora Geral



24 SET. 2018

www.sousa.pb.gov.br



ITAU - UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 06685

CONTA: 000000013637-3

Autenticação:

0F4EED48D12A40C81D71BF3E5CD24FD3D2E10B0397758B4EEC33F806368F44B7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:06:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810060125100000034384863>
Número do documento: 20102810060125100000034384863

Num. 36006864 - Pág. 10

JUVINA EVANGELISTA DUARTE
RUA JOSÉ FAGUNDES DE LIMA, S/N. GATO PRETO
SOUZA / PE CEP: 59800009 (AD.177)

Emissor: 09/06/2018 Referência: Jun / 018
Classe: Básico: COMERCIAL / OUTROS SERVIÇOS E MONITORAMENTO: 018-025 - Conta Padrão: João Pessoa/PB - CEP 58071-800
Razão: 1 - 177 - 10 - 1720 NP medidor: 6000989351

ENERGISA SAÚDE - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 02.095.163/0001-40 Inf. Est: 16/018 100-0
Nota Fiscal/Contas de Energia Elétrica M207 47-191
Cód. para Dis. Automática: 00000161320

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2018 06/03/2018 06/07/2018 99261316468
Insc. Est:

5/696132-0

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato:

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Lectura			
03/05/18	82788	06/06/18	81411	855
Demonstrativo				
CCO - 01100930				
0601 Consultivo em kWh	605.000 0.707050	483.12 25	116.78 483.12	4.17 13.21
0601 Adc. B. Amarela		7.48 7.48 25	1.87 7.48	0.07 0.31
0601 Adc. B. Vermelha		8.36 8.36 25	2.34 8.36	0.06 0.36
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	32.54 0.00 0	0.00 0.00 0.00	0.00 0.00 0.00	0.00 0.00 0.00
0804 JUROS DE MORA 04/2018	4.18 0.00 0	0.00 0.00 0.00	0.00 0.00 0.00	0.00 0.00 0.00
0804 JUROS DE MORA 05/2018	2.19 0.00 0	0.00 0.00 0.00	0.00 0.00 0.00	0.00 0.00 0.00
0805 VULTA 04/2018	10.07 0.00 0	0.00 0.00 0.00	0.00 0.00 0.00	0.00 0.00 0.00
0805 VULTA 05/2018	8.77 0.00 0	0.00 0.00 0.00	0.00 0.00 0.00	0.00 0.00 0.00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2018	1.82 0.00 0	0.00 0.00 0.00	0.00 0.00 0.00	0.00 0.00 0.00
0805 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018	1.20 0.00 0	0.00 0.00 0.00	0.00 0.00 0.00	0.00 0.00 0.00

CCO - Código de Classificação do item TOTAL 642.85 479.87 118.98 479.87 4.22 19.91

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL R\$ 540,65
028 13/06/2018

Histórico de Consumo (kWh)
438 | 385 | 393 | 373 | 173 | 415 | 367 | 376 | 479 | 864 | 711 | 821
Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18

RESERVADO PARA: 3283.d879.d498.8845.c177.7b78.f7a7.ba2f

24 SET. 2018

Indicadores de Qualidade	Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminações	Valor (R\$)	%
DIG. NEREN	12.00	0.00	NORMAL	220	118.70	21.30%
DIG. TRAF. TOTAL	12.00	0.00	CONTRATADA	200	108.82	20.20%
DIG. ANEEL	24.00	0.06	LIMITE INFERIOR	200	17.90	3.20%
FEI. NEREN	8.97	0.06	LIMITE SUPERIOR	230	32.35	5.80%
FEI. TRAF. TOTAL	13.85	0.00	LIMITE SUPERIOR	230	204.95	37.50%
FEI. AVAL.	5.93	0.00	Otros Serviços		0.00	0.00%
DIG. DCR	12.00	0.00	Total		540.65	100.00%

Válida B2B (Ref. 4/2018) R\$ 540,65

ATENÇÃO	Faturas em atraso
- Período Padrão: 100% da fatura - Letra: Confirmada	
Rua: Rua: 177 - 10 - 1720 Matrícula: 696132-2018-05-7	VENCIMENTO TOTAL R\$ 540,65



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

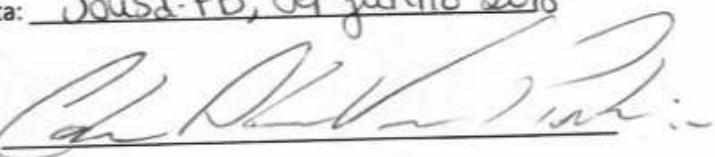
Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro,
RG nº 2001097006008, data de expedição 03/10/13, Órgão SSPDS/CE

CPF nº 973.419.833-53, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>José Fagundes de Lira</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Gato Preto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 983818197 / (83) 99919-4307</u>
E-mail	<u>verasdpvt@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa-PB, 04 junho 2018

Assinatura do Declarante: 

24 SET. 2018¹

DOCUMENTO ORIGINAL





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Ademir Veras Pinheiro inscrito (a) no CPF 973.419.833 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Grika Almeida da Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.121.844 / 85, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Grika Almeida da Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.121.844 / 85, 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	Rua José Facundes de Jira	Número	574	Complemento	—
Bairro	Gato Preto	Cidade	Sousa	Estado	CEP
Email	<u>verasdpt@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	(83) 9.8181-8197	Telefone celular (DDD)	(83) 9.9919-4307

Sousa-PB, 21 de Setembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

24 SET. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:06:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810060125100000034384863>
Número do documento: 20102810060125100000034384863

Num. 36006864 - Pág. 13

**TERMO DE ESCLARECIMENTO A SEGURADORA LÍDER
DOS CONSÓRCIOS DPVAT**

15 de outubro de 2018.

Sousa/PB,

SINISTRO:3180445246

BENEFICIÁRIA: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

INVALIDEZ

CPF: 713.121.844-85

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSER Nº 332 DE 09/12/2015, § 4º (O procurador a que se refere o parágrafo anterior deve ter poderes específicos reclamar e receber o DPVAT, inclusive para apresentar e firmar documentos, direito que lhe é assegurado pela legislação). Eu, **Carlos Ademir Veras Pinheiro**, brasileiro, solteiro, empresário, portador do CPF: 973.419.833-53, podendo ser localizado na Rua José Facundes de Lira, bairro Gato Preto, Sousa/PB, bem como ser contatado pelo telefone (83) 99607-2277 e/ou endereço eletrônico verasdvpv@hotmai.com, atuando como bom e fiel procurador da beneficiária: **ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA**, PORTADORA DO CPF: **713.121.844-85**, venho respeitosamente esclarecer a Vossa Senhoria que a exigência relacionada ao processo ora qualificado é sanada com a apresentação da cópia de declaração de óbito da condutora do veículo. **FLÁVIA RUTENIA FIGUEIREDO DA SILVA**, que faleceu no sinistro em que também viimou Erika Almeida, bem como apresentamos no número do Inquérito Policial (0000582-33.2013.815.0371) em tramitação na 1ª Vara de Sousa/PB. Por esses motivos, invoco o art. 5º da lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974 (Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado), a fim de garantir um direito a qual se faz jus. O referido é verdade. Dou fé.

Certo de atendido agradeço antecipadamente.

Carlos Ademir Veras Pinheiro

CPF: 973.419.833-53

Procurador

06 NOV. 2018 ,



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
2ª VIA - CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Declaração de Óbito

25902761-8

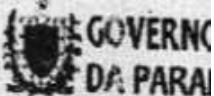
Naturalidade

Município / UF de estabelecimento falecimento

Identificação	<input type="checkbox"/> Tipo de óbito 1 Fatal 2 Não Fatal	<input type="checkbox"/> Data do óbito 2018-11-06	Hora 21:30	<input type="checkbox"/> Cartão SUS						
	<input type="checkbox"/> Nome do Falecido Sergio RICARDO DE FILIPPE REDO NASCIMENTO									
Residência	<input type="checkbox"/> Situação conjugal 1 Solteiro 2 Casado 3 Vôvo 4 Separado judicialmente 5 União estável 6 Divorciado 7 Ignorado									
	<input type="checkbox"/> Naturalidade Teresina									
	<input type="checkbox"/> Hora 21:30	<input type="checkbox"/> Cartão SUS								
	<input type="checkbox"/> Nome do Pai Sergio RICARDO DE FILIPPE REDO NASCIMENTO	<input type="checkbox"/> Idade Anos completos 32	<input type="checkbox"/> Meses de 1 ano Meses 00	<input type="checkbox"/> Dia Dia 06	<input type="checkbox"/> Horas Horas 21	<input type="checkbox"/> Mês Mês Novembro	<input type="checkbox"/> Ignorado 9	<input type="checkbox"/> Sexo M - Mas. F - Fem.	<input type="checkbox"/> Raça/Cor 1 Branca 2 Preta 3 Amarela	<input type="checkbox"/> Situação conjugal 1 Solteiro 2 Casado 3 Vôvo 4 Separado judicialmente 5 União estável 6 Divorciado 7 Ignorado
	<input type="checkbox"/> Escolaridade (última série concluída) Nível 0 Sem escolaridade 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 3 Superior incompleto 4 Superior completo	<input type="checkbox"/> Ignorado 9	<input type="checkbox"/> Série 9	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)					
	<input type="checkbox"/> Logradouro (rua, praça, avenida, etc)				<input type="checkbox"/> Número	<input type="checkbox"/> Complemento	<input type="checkbox"/> CEP			
	<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Município de residência	<input type="checkbox"/> Código				<input type="checkbox"/> UF		
	<input type="checkbox"/> Local de ocorrência do óbito 1 Hospital 2 Outros estab. saúde	<input type="checkbox"/> Domicílio 3 Via pública 4 Avenida 5 Indígena	<input type="checkbox"/> Ignorado 9	<input type="checkbox"/> Estabelecimento HOSPITAL DA CIDADE DE TERESINA				<input type="checkbox"/> Código CNES		
	<input type="checkbox"/> Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc)				<input type="checkbox"/> Número	<input type="checkbox"/> Complemento	<input type="checkbox"/> CEP			
	<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Município de ocorrência	<input type="checkbox"/> Código				<input type="checkbox"/> UF		
<input type="checkbox"/> Mortal ou menor que 1 ano	<input type="checkbox"/> PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE	<input type="checkbox"/> Escolaridade (última série concluída) Nível 0 Sem escolaridade 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série)	<input type="checkbox"/> Série 9	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)				<input type="checkbox"/> Código CBO 2002		
<input type="checkbox"/> Idade (anos)	<input type="checkbox"/> Número de filhos tidos Nascidos vivos — 99 Ignorado	<input type="checkbox"/> Perdas fetais/abortos — 99 Ignorado	<input type="checkbox"/> Nº de semanas de gestação 1 Unica 2 Dupla 3 Tripla e mais 99 Ignorada	<input type="checkbox"/> Tipo de parto 1 Vaginal 2 Cesáreo 99 Ignorado	<input type="checkbox"/> Morte em relação ao parto 1 Antes 2 Durante 3 Depois 99 Ignorado					
<input type="checkbox"/> ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL	<input type="checkbox"/> Peso ao nascer	<input type="checkbox"/> Número da Declaração de Nascido Vivo								
<input type="checkbox"/> A morte ocorreu 1 Não grávida 2 No parto	<input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 3 De 42 dias a 1 ano após o término da gestação 4 Até 42 dias após o término da gestação 5 Não ocorreu nestes períodos	<input type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 Sim 2 Não 99 Ignorado	<input type="checkbox"/> Necropsia? 1 Sim 2 Não 99 Ignorado							
<input type="checkbox"/> VI Condicionais e causas do óbito	<input type="checkbox"/> ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA									
<input type="checkbox"/> V Causas da morte	<input type="checkbox"/> PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	<input type="checkbox"/> Devido ou como consequência de:								
	<input type="checkbox"/> CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	<input type="checkbox"/> Devido ou como consequência de:								
		<input type="checkbox"/> Devido ou como consequência de:								
		<input type="checkbox"/> Devido ou como consequência de:								
<input type="checkbox"/> VI Medico	<input type="checkbox"/> PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.									
<input type="checkbox"/> VII Outras exames	<input type="checkbox"/> CRM	<input type="checkbox"/> Óbito atestado por Médicos	<input type="checkbox"/> Município e UF do SVD ou IML							
	<input type="checkbox"/> Nome do Médico Reginaldo A. B. TORRES	<input type="checkbox"/> Assinatura Reginaldo A. B. TORRES REGISTRO MEDICO LEGITIMO								
	<input type="checkbox"/> Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)	<input type="checkbox"/> Data do atestado 2018-11-06	<input type="checkbox"/> Assinatura							
	<input type="checkbox"/> PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Acidente do trabalho 1 Sim 2 Não	<input type="checkbox"/> Fonte da informação 1 Ocorrência Policial N. 2 Hospital 3 Família 4 Outra						
	<input type="checkbox"/> Tipo 1 Acidente 2 Suicídio 3 Homicídio 4 Outros									
	<input type="checkbox"/> Descrição sumária do evento									
	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc)	<input type="checkbox"/> Número 06	<input type="checkbox"/> Bairro NOV	<input type="checkbox"/> Município						



SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA
DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES



MAT.: 133.396

Nome: Cerira Almeida da Silveira Lima Bloco: _____ Apt.º: _____ Leito: _____
D.N.: 03/06/1997 Est. Civil: S Resp.: Fº de Almeida Cunha
Rua: Gilvandro Lartaxo Cidade: Sousa Est.: _____
Médico Assistente: Dr. Diego Santiago Clinica: Chirurgica
Data da Internação: 24/04/2019 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE:

Queixa Principal:

Injecção de Si-jur fêniol e

Tibia (D)

História da Doença Atual:

Paciente cl II mem pô: op

femur e tibia (D)

Queixa de surco em femur distal

e tibia distal

EXAME FÍSICO:

GLASGOW 15

pulmões C

fístulas femur e tibia distal (D)

regrada paroxismo

DIAGNÓSTICO:

Osteomielite femur e tibia (D)

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

09 MAIO 2019

*DR. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 10833 TRGT 15149*



Hospital	HRS		
Nome do Paciente:		Nº Prontuário	
Erika A. da Silva.		133396	
Data Operação	Enf.	Leito	
Operador 24-4-19 - Dr. Diego		1.º Auxiliar	
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista Dr. Benicio	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório Osteomielite			
Tipo de Operação Limpeza e desbridamento, fistulectomia MID. + Retirada placa fibio D.			
Diagnóstico Pós Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação:			

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Pct DOK D Racionável

Ansepsia e oftíxepsia

Coldbox compon inferior

Ressecção fistula femur e tibio D, limpeza e
desbridamento FO, Retirada placa da fibia D.

Nova limpeza FO

Sutura per plenos

Curoativo Penetrável

Aos cuidados enfermeiro

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 10932 / EOT 15149

09 MAIO 2019





Cirurgico Galo

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 26.4.19

NOME: Erico A. Moura P.

LEITO:
Enfermaria:3

UNIDADE DE INTERNAÇÃO: Ortopedia e Traumatologia

Nº	DIETA / MEDICAÇÃO	HORÁRIOS	EVOLUÇÃO
1	Dieta livre via oral		
2	Sf 0,9% 1.000 ml Ev em 24h		
3	Cefazolina 1g Ev 8/8h		
4	Dipirona 1 ampolha + AD Ev 6/6h		
5	Liquemine 5.000U/0,25ml - aplicar 0,25ml SC de 12/12h ou Clexane 40 mg Sc 1x ao dia - Qual tiver disponível na casa		
6	Tramal 100 mg + Sf 0,9% 100 ml Ev 8/8h		
7	Nauseodron 8 mg Ev 8/8h, se necessário		
8	Omeprazol 40 mg Ev 1x ao dia		
10	Captopril 50 mg Vo se PA > 160 x 1,00 mmhg		
11	Tilitil 20 mg Ev 12/12h		
12	Curativo 1x ao dia		
13	Sinais Vitais 6/6h		
14	Cuidados e Controles Gerais		
15	Circo Verus 40g C 12/12h		
16	Gantamiz 240mg 0800h dia 1x/01m		
17			
18			

09 MAIO 2019

ENFERMEIRO

TECNICO ENFERMAGEM

R José Fagundes de Lira, - Gato Preto - Sousa, PB
CEP: 58802-180





HOSPITAL REGIONAL DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

SOUSA - PB.

SUS = 161217634350008

Idade = 20 anos

MAT.: 129.467

Nome: Erika Almeida da Silva Lima Bloco: _____ Apt.: _____ Leito: _____
D.N.: 13/06/1997 Est. Civil: C Resp.: Francisco de Almeida Furtado
Rua: Felix Araujo Cidade: Sousa Est.: PB
Médico Assistente: Dr. Luiz Alberto Clinica: Cirurgica
Data da Internação: 22/04/2018 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE:

Queixa Principal:

História da Doença Atual:

Possivel infecção urinária com agudização
p/ dor abdominal e constipação

EXAME FÍSICO:

Revisão a palpagem abdominal superior
e/ou constipação

DIAGNÓSTICO:

Suelio Moreira Torres
CRM: 1027

Assinatura de Oliveira Gadelha
Médico
CRM: 1027

Procedimento:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 SET. 2018



H.R.S

Nome do Paciente

EVJU DO LIMA, JOSÉ SÉRGIO UNO

Nº Prontuário

129 467

Data Operação

09/11/20

Enf.

Leito

Operador

Dr. Fábio C.

1.º Auxiliar

Dr. Luciano G.

2.º Auxiliar

2.º Auxiliar

Instrumentador

Anestesista

Dr. Bento C.

Tipo de Anestesia

Rau. + 0.6% Etomidato

Diagnóstico Pré-Operatório

EVJUM

D.0

EVJUM D.1260

+ FEMUR D.0 R.1260 T.1310

D.1260 T.0

Tipo de Operação

OSTEOTOMIA

D.0

FEMUR D.1260

+ OSTEOTOMIA T.1210 S.1260

T.1210 S.1260

Diagnóstico Pós Operatório

IDOC

Relatório Imediato do Patologista

Exame Radiológico no Ato

Nao

Acidente Durante a Operação

Nao

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material E. ipregado - Aspecto Visceras

1. Paciente em decúbito dorsal com o membro direito exposto
2. Antissepsia e antisepse
3. Localização da comissura corporal
4. Via de acesso lateral ao fêmur direito 5x3cm com goma
5. Redução coluna e osteosíntese fêmur D.2010 mm PUG
6. PEG 4.5 mm x 6 cm com parafuso endocortical 4.5 mm
7. Via de acesso lateral ao tibial 7x13 cm 3/20 U
8. Redução coluna e osteosíntese tibial D.12010 mm PUG
9. Sutura fêmur 4.5 mm x parafuso corticos 4.5 mm
10. Curativo

Dr. Fábio C.
Dr. Luciano G.
Assistente: Dr. Luciano G.
Data: 01/11/2020

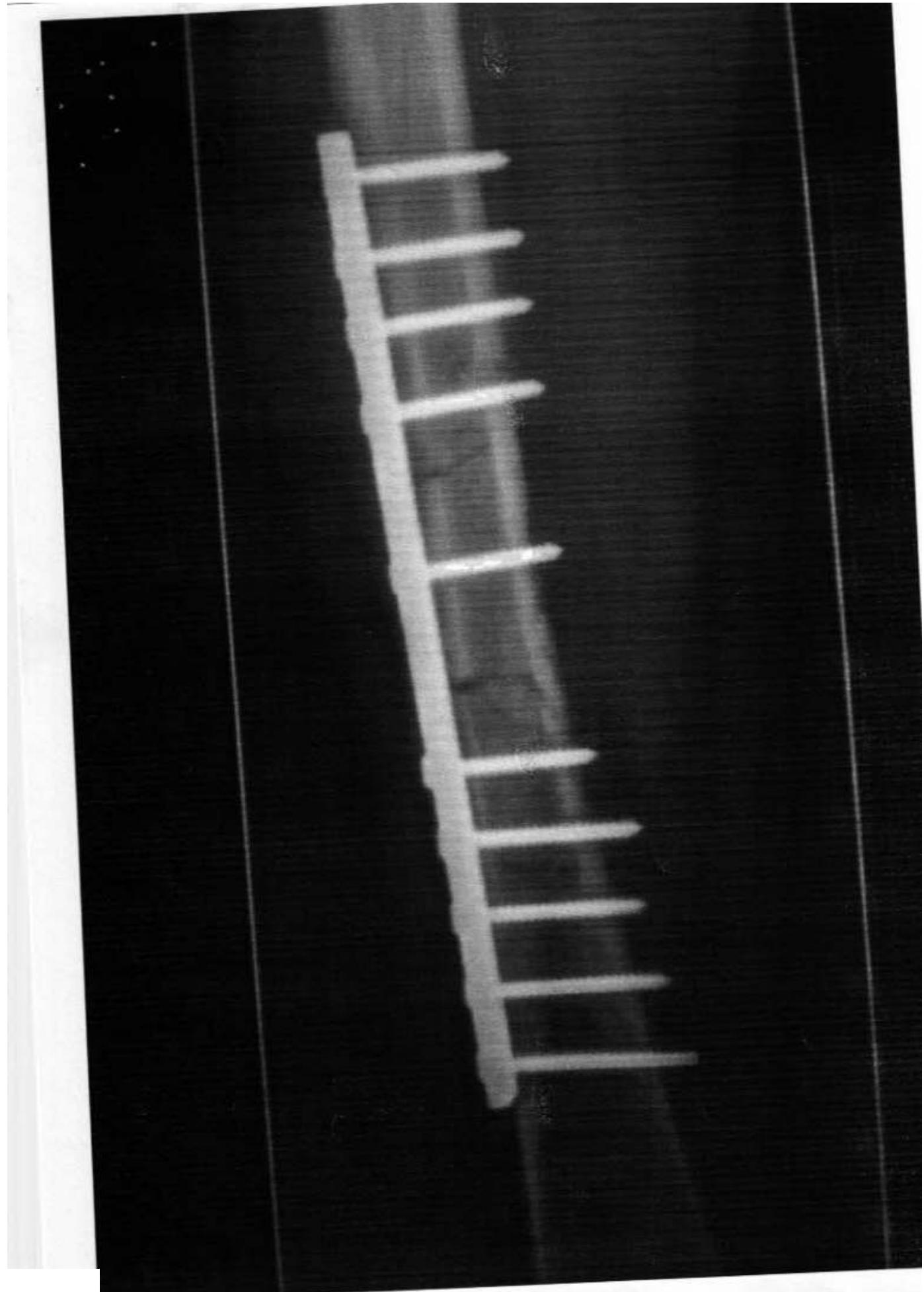
24 SET. 2018





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:06:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810060125100000034384863>
Número do documento: 20102810060125100000034384863

Num. 36006864 - Pág. 24



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:06:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810060125100000034384863>
Número do documento: 20102810060125100000034384863

Num. 36006864 - Pág. 25



CENTRO DE IMAGEM
Dr. Péricles Neves



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOUSA

PACIENTE: ERIKA ALMEIDA DA S. LIMA

JOELHO DIREITO

LAUDO

Redução do espaço articular femorotibial medial.

Placa e parafusos de fixação no fêmur, por fratura diafisária.

Partes moles sem alterações apreciáveis.

SOUSA (PB), 17.07.2018



Dra. Marcelli C. Neves

Médica Radiologista

CRM/PB: 6089

24 SET. 2018



PACIENTE: ERIKA DE ALMEIDA DA SILVA LIMA

Nº: 85893

REQUISITANTE: DIEGO S. SANTIAGO

DATA: 07/08/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA:

Exame realizado em equipamento de ressonância magnética com sequências, ponderações e planos específicos para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RELATÓRIO:

Menisco lateral com forma, contornos e sinal preservados, sem sinais de lesão..

Degeneração mucinosa do corno posterior do menisco medial, sem roturas.

Afilamento e alteração de sinal da origem femoral do ligamento cruzado anterior, com translação anterior da tibia em relação ao fêmur, compatível com rotura parcial.

Ligamentos cruzado posterior e colaterais com continuidade, espessura e sinal conservados.

Tendões quadripcital, patelar, biceps femoral distal, poplíteo, trato iliotibial e tendões da pata de ganso sem particularidades.

Discreta alteração de sinal do revestimento condral do vértice e faceta lateral da patela, sem alteração no sinal do osso subcondral.

Discreto afilamento do revestimento condral do côndilo femoral medial em área de carga, sem alteração de sinal do osso subcondral.

24 SET 2018

Obs.:
As informações contidas nesse resultado, representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.

 Centro de Imagem José Neves Moreira Ltda. ME - R. Djalma Gomes de Sá 08 - Praça do Bom Jesus - 1º Andar - Centro - Sousa PB
CEP 58.800-150 - Fone: 83 3522.1278 - pericles.neves@uol.com.br - CNPJ 18.451.213/0001-03
Dra. Marcelli Cartaxo Neves Berto - CRM 6089 PB

Fone: 83 3522.1900

PACIENTE: ERIKA DE ALMEIDA DA SILVA LIMA
REQUISITANTE: DIEGO S. SANTIAGO

Nº.: 85893
DATA: 07/08/2018

Artefatos de susceptibilidade magnética no segmento distal do fêmur, provavelmente decorrente de manipulação cirúrgica prévia.

Ausência de derrame articular.

Fossa poplítea sem formações císticas.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Degeneração mucinosa do corno posterior do menisco medial.
- Sinais de rotura parcial extensa da origem femoral do ligamento cruzado anterior.
- Condropatia patelar e do côndilo femoral medial.
- Material que determina artefatos de susceptibilidade magnética no segmento distal do fêmur, provavelmente decorrente de manipulação cirúrgica prévia.



Dra. Simone Botelho Alvarenga
Médica Radiologista
CRM/MG: 49522

SOUSA-PB, 07 de agosto de 2018

24 SET. 2018


Dr(a). MARCELLI CARTAXO NEVES
Medico(a) Radiologista

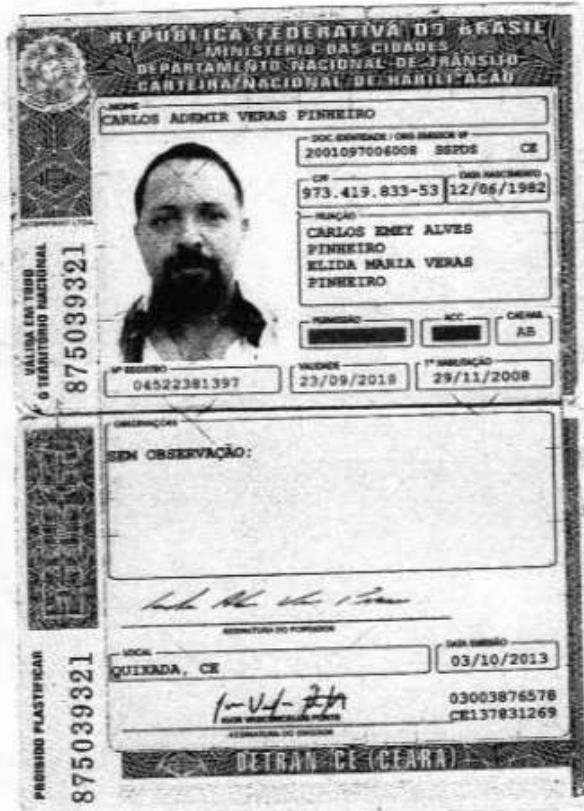
CRM N° 6089
As observações feitas nesse resultado, representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Esse laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda.



Centro de Imagem José Neves Moreira Ltda. ME - R. Djalma Gomes de So 08 - Praça do Bom Jesus - 1º Andar - Centro - Sousa PB
CEP 58.800-150 - Fone: 83 3522.1278 - pericles.neves@uol.com.br - CNPJ 18.451.213/0001-03

Fone: 83 3522.1900

Dra. Marcelli Cartaxo Neves Berto - CRM 6089 PB



24 SET. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:06:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810060125100000034384863>
Número do documento: 20102810060125100000034384863

Num. 36006864 - Pág. 30

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB N° 013221521846 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 1204

EXERCÍCIO 2017 | 17/07/2017

OFN4106/PB

08318082415 | CNPJ 07090877401 HONDA/CG 160 FAN ESDT

2016 | 9 | 9C2KC22006GR064160

PRÉMIO TARIFÁRIO

<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> VENDE VENCIDO	<input type="checkbox"/> CUSTO MÍNIMO (R\$)
<input type="checkbox"/> PARCELAMENTO / COTAS	<input type="checkbox"/> 1*	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> V	<input type="checkbox"/> 2*	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> 3*	<input type="checkbox"/>

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

ONPA 06-248-008/001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETTRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E IMPRESENTAMENTE DE VÉHICULO					
VIA 1 01090877401 00/00000000 2017	NOME: FERNANDA CRISTINA DO NASCIMENTO				
08318082415 PLACA: QPN4106/PB	DATA DE Nascimento: 08/08/1991				
NOVO PR 9C2KC22006GR064160 MASSA:	ALCESTAS/ASSTOL.				
PAS/MOTOCICLETA/VEHICULAR	ANO: 2016 VALOR: R\$ 1000,00				
HONDA/CG 160 FAN ESDT CAP. PTO/CH: 2 PLATEAU: P/162 / CTI CATEGORIA: ALJUGUEI.	VALOR DA CUSTA: 9 DATA: 14/07/2017				
COTA ÚNICA VENDE VENCIDO PREÇO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO		CUSTO MÍNIMO (R\$) PREÇO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO			
P PARCELAMENTO / COTAS OF (R\$) PREÇO TOTAL (R\$) OF (R\$) PREÇO TOTAL (R\$) OF (R\$)	V 0 0 0 0 0 0				
A PREMIOS TARIFARIO (R\$) SEGURADO PAGO PAGO PAGO PAGO	0 SEGURADO PAGO PAGO PAGO PAGO				
A.T. ADM DE CONC RACTION HONDA LTDA				PAGAMENTO: 14/07/2017	
CONTRARIA: SOUSA - PR				COTA ÚNICA: PARCELADO	

24 SET. 2018

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180445246 Cidade: Sousa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA Data do acidente: 22/04/2018 Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DIREITO MAIS FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNAS DIREITA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DA PERNAS ACOMETIDA EM 2 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II COM DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20°, CLAUDICAÇÃO INTENSA DURANTE A DEAMBULAÇÃO FAZENDO USO DE MULETAS AXILARES PARA LOCOMOÇÃO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA GRAVE EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 23/11/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Erika Almeida da Silva Lima
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.373.572
CPF: 713.121.844-85
Profissão: Recurso
Endereço: Rua João Lira Braga, s/n
São José - Sousa /PB

OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 2001097006008
CPF: 973.419.833-53
Profissão: EMPRESARIO
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, JARDINS, SOUSA/PB.



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo mebastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Erika Almeida da Silva Lima



Sousa-PB, 21/09/2018

Local e data

Erika Almeida da Silva Lima

Assinatura do Outorgante

DOCUMENTO ORIGINAL

24 SET. 2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350616/18

Número do Sinistro: 3180445246

Vítima: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

CPF: 713.121.844-85

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/04/2018

Titular do CPF: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/11/2018
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
CPF: 973.419.833-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2018
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

JANE APARECIDA COSTA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:06:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810060125100000034384863>
Número do documento: 20102810060125100000034384863

Num. 36006864 - Pág. 34