



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	2761504_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180445246**

Vítima: **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



00020138



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

Nº Sinistro: 3180445246

Vítima: 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

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.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01685/01686 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13402235



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

Pag. 00189/00190 - carta_09 - INVALIDEZ

00060095



Carta nº 14313314





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	Recuso
Endereço	Rua Lira Branca		Número	S/N	Complemento
Bairro	São José	Cidade	Sousa	Estado	PB
Email	Verasdpvat@hotmail.com		CEP	58800000	
				Telefone (DDD)	(93)9.9919-4307

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☒ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.
AGÊNCIA NRO. D/V. CONTA NRO. D/V.
(Informar dígito se existir)

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

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



**Lauda 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 FÊMUR 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 FÊMUR DIREITO MAIS FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO MAIS OSSOS DA PERNA ESQUERDA NO DIA 09/05/2018 COM USO DE PLACAS DCP 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS, RECEBEU ALTA APOS 4 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 7 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA CLAUDICAÇÃO INTENSA 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 E EXTENSORA DO TORNOZELO GRAU II COM DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 20°, CLAUDICAÇÃO INTENSA 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?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) 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 quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve
<input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


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





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 93/2018

VERSANDO SOBRE: Acidente de Trânsito.

DATA DO FATO: 22.04.2018. **Horário:** 07:h,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 Adetrudes Maria de Almeida Residente na Rua João Lira Braga,
S/Nº, Bairro São Jose Sousa-PB.

Vítima: 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/Nº, Bairro
São Jose, Sousa-PB.

HISTORICO 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, CHASSI 9C2KC2200GR064160, licenciada em nome de Fernanda Cristina do Nascimento e conduzida por sua amiga conhecida por FLAVIA; Que, ao chegarem próximo a estatua de Frei Damiano na Cidade de Sousa, um veículo tipo scort que ia em sentido contrario 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 INFORMACOES 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 deste Estado. Declaro ainda, ser conhecedor (a) das

24 SET. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

QUEMARINO SOUTO MUNIZ
ESCRIVÃO ADJUNTO
NAT 58.7132-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL - PATOS/PB
15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SOUSA/PB
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SANTA CRUZ/PB

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

Autoridade Policial: Vicente Honorio Filho.

Providencias Adotada: Lavratura do BO.

Comunicante: *Francisca de Almeida Feitosa*

[Handwritten signature]
OSMARINO SOUTO MUNIZ
ESCRIVÃO AD-HOC
MAT 507135-1

24 SET. 2018



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

713.123.844-85

Data do Acidente

22/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

verasdpvat@hotmail.com

Telefone (DDD)

(83)9.9919.4307

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

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para 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.

Souza-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





PREFEITURA DE
SOLISA
VENCENDO COM TRABALHO

SAMU-SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

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



ITAÚ – 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



JUVINA EVANGELISTA DUARTE
RUA JOSE FAGUNDES DE LIMA, S/NL, GATO PRETO
SOUSA / PE CEP: 55600000 (AQ: 177)

Emissão: 06/03/2018 Referência: Jun / 2018
Código: 3000: COMERCIAL / OUTROS SERVIÇOS E MONITORAMENTO
Roteiro: 1 - 177 - 10 - 1720 NP medidor: 0005000251

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

CNPJ: 08.086.183/0001-40 Ins. Est. 163-1-130-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº07 471.191
Cód. para Desc. Automática: 9000161300

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

Conta referente a Jun / 2018 Apresentação 06/03/2018 Data prevista da próxima leitura 06/07/2018 CPF / CNPJ / RAN 99261316468

UC (Unidade Consumidora): 5/696132-0

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Data			
07/05/18	06/03/18	1	855	20
Leitura	Leitura			
81411	81411			
Demonstrativo				
Tributos Totais (R\$) ICMS (R\$) ICMST (R\$) ICMST (R\$) ICMST (R\$) ICMST (R\$) ICMST (R\$) ICMST (R\$)				
0001 Consumo em kWh	855,000	0,707050	483,12	483,12 25 116,78 483,12 4,17 19,21
0001 A.C. B. Amarela			7,48	7,48 25 1,97 7,48 0,01 0,31
0001 A.C. B. Vermelha			8,36	8,36 25 2,34 8,36 0,08 0,35
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0007 CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			22,54	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0004 JUROS DE MORA 04/2018			4,18	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0004 JUROS DE MORA 05/2018			2,15	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0005 MULTA 04/2018			10,07	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0005 MULTA 05/2018			8,77	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 04/2018			1,82	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018			1,20	0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CC: Códigos de Classificação do Item: TOTAL 540,65 479,87 119,99 479,87 4,22 19,31

Média últimos meses (kWh) 429 VENCIMENTO 13/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 540,65

Histórico de Consumo (kWh)
438 | 395 | 390 | 373 | 373 | 415 | 397 | 376 | 479 | 664 | 711 | 621
Jun/17 | Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18

RESERVADO A 3283.d879.d498.8845.c177.7b78.f7a7.ba2f.

Indicadores de Qualidade				Valor		
				Discriminação	(R\$)	%
DEBENT	Limites da ANEEL	Aprovado	Limite de Tensão (V)	Serviço de Dist. de Energia	119,70	22,14
DEBENTRAL	12,30	0,00	NORMAL	Compreensão Energia	10,82	1,99
DEBENTRAL	24,60	0,00	CONTRATADA	Serviço de Transmissão	32,35	5,99
DEBENTRAL	3,48	0,00	LIMITE INFERIOR	Encargos Setoriais	204,82	37,89
DEBENTRAL	6,97	0,00	LIMITE SUPERIOR	Encargos Sociais e Encargos	0,00	0,00
DEBENTRAL	13,95	0,00		Outros Serviços		
DEBENTRAL	3,48	0,00				
DEBENTRAL	12,32	0,00				
				Total	540,65	100,00

ATENÇÃO
Faturas em atraso
PARA
VENCIMENTO 13/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 540,65

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro

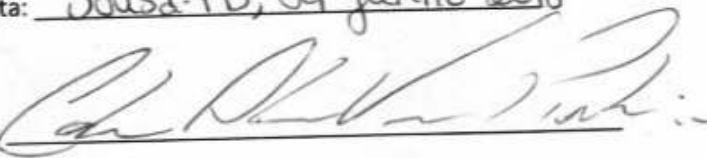
RG nº 2001097006008, data de expedição 03/10/13, Órgão SSPDS/CE

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>Jose Pacondes de Lira</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>16</u>
Bairro	<u>Gato Preto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 981818197 / (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. 2018

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 faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 Erika Almeida da Silva Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.121.844 / 85, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Erika 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 <u>Rua José Paçuntes de Azevedo</u>		Número <u>574</u>	Complemento <u>—</u>
Bairro <u>Gato Preto</u>	Cidade <u>Sousa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58900000</u>
Email <u>verasdpvat@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 9.8181-8192</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 9.9919-4307</u>

Sousa-PB, 21 de Setembro de 2018

Local e Data



Assinatura do Declarante



TERMO DE ESCLARECIMENTO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT

Sousa/PB,

15 de outubro de 2018.

SINISTRO:3180445246

BENEFICIÁRIA: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

INVALIDEZ

CPF: 713.121.844-85

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSEP 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 verasdpmat@hotmail.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 vitimou Erika Almeida, bem como apresentamos 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

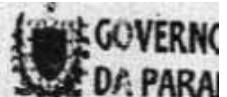
06 NOV. 2018



1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal		2 Data do óbito 23/11/2018		3 Cartão SUS		4 Naturalidade Pernambuco	
5 Nome do Falecido RICARDO DE FIGUEIREDO NASCIMENTO		6 Nome da Mãe FRANCINANDA GOMES DA SILVA MACIEL		7 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> Ignorado		8 Raça/Cor <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela	
9 Nome do Pai RICARDO DE FIGUEIREDO NASCIMENTO		10 Idade 32		11 Situação conjugal <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Ignorado		12 CBO 2002	
13 Data de nascimento 23/11/1986		14 Escolaridade (última série concluída) <input checked="" type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		15 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)		16 CEP	
17 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA DA LUTA		18 Número		19 Complemento		20 UF	
21 Bairro/Distrito CENTRO		22 Código		23 Município de residência Pernambuco		24 UF	
25 Local de ocorrência do óbito <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros		26 Estabelecimento HOSPITAL DE PERNAMBUCO		27 Código CNEB		28 CEP	
29 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) RUA DA LUTA		30 Número		31 Complemento		32 UF	
33 Bairro/Distrito CENTRO		34 Código		35 Município de ocorrência Pernambuco		36 UF	
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE							
37 Idade (anos) 32		38 Escolaridade (última série concluída) <input checked="" type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		39 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)		40 CBO 2002	
41 Número de filhos vivos 1		42 Nº de semanas de gestação 32		43 Tipo de gravidez <input checked="" type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais		44 Tipo de parto <input checked="" type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado	
45 Morte em relação ao parto <input checked="" type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado		46 Peso ao nascer 3.500g		47 Número de Declaração de Nascimento Vivo		48 Assinatura Médica	
49 ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL <input checked="" type="checkbox"/> A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Não ocorreu <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		50 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		51 ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) Devido ou como consequência de: b) Devido ou como consequência de: c) Devido ou como consequência de: d) Devido ou como consequência de:		52 Diagnóstico Confirmado Necropsia? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
53 Nome do Médico RICARDO A. D. TEIXEIRA		54 CRM 1193		55 Assinatura Reginaldo A. D. Teixeira		56 Município e UF do SVO ou IML	
57 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)		58 Data do atestado 23/11/2018		59 Assinatura		60 Assinatura	
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)							
61 Tipo <input checked="" type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros		62 Acidente do trabalho <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		63 Fonte da informação <input checked="" type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº. <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra		64 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input checked="" type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Estabelecimento <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outro domicílio <input type="checkbox"/> Ignorado	
65 Descrição sumária do evento Acidente de trânsito		66 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)		67 Número		68 Bairro	
69 Município		70 UF		71 Data 06 NOV. 2018		72 Assinatura	



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



MAT.: 133.396

Nome: Carla Almeida da Silva Lima Bloco: _____ Apt.: _____ Leito: _____
D.N.: 03/06/1994 Est. Civil: S Resp.: J. de Almeida Brito
Rua: Capitão Carlos Estreza Cidade: Sousa Est.: _____
Médico Assistente: Dr. Diego S. Santiago Clínica: Ortopedia
Data da Internação: 24/04/2019 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE:

Queixa Principal:

Infecção de Sítio fêmur e tibia (D)

História da Doença Atual:

Paciente com 11 meses pós-op fêmur e tibia (D).
Queixa de secreção em fêmur distal e tibia distal

EXAME FÍSICO:

GLASGOW 15
pulmos C
fístula fêmur e tibia distal (D)
secreção purulenta

DIAGNÓSTICO:

Osteomielite fêmur e tibia (D)

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 10422 TROT 15349

09 MAIO 2019



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	
Anestesiista	Dr. Benício	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório			
Osteomielite			
Tipo de Operação			
Limpeza e Desbridamento + fistulectomia MID.			
Diagnóstico Pós-Operatório			
(+ Retirada placa fíbula @)			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Pck DOK @ Raquionutria
 Anestesia e intubação
 Colocação campo estéril
 Remoção fístula fêmur e fíbula @, limpeza e
 desbridamento, Retirada placa da fíbula @.
 Nova limpeza FO
 Sutura por planos
 Curativo antisséptico
 Aos cuidados enfermeiros

Dr. Diego S. Santiago
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM/PB 109327-60T-15149

09 MAIO 2019



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 26.4.19

NOME: ERICA A. Almeida

Enfermaria: 3

LEITO:

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 1 g Ev 8/8h		
4	Dipirona 1 ampola + 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 8/8		
7	Nauseidron 8 mg Ev 8/8h, se necessário		
8	Omeprazol 40 mg Ev 1x ao dia		
10	Captopril 50 mg Vo se PA > = 160 x 100 mmHg		
11	Tilatil 20 mg Ev 12/12h		
12	Curativo 1x ao dia		
13	Sinais Vitais 6/6h		
14	Cuidados e Controles Gerais		
15	Ciprofloxacino 400 mg 12/12h		
16	Gabapentina 240 mg 8/8h		
17			
18			

HD: 2º Po de Osteomielite
tubo e furo D.
Retirado placa tubo
com boa evolução

CD: Exame
UF

TÉCNICO ENFERMAGEM

ENFERMEIRO

R José Fagundes de Lira, - Gato Preto - Sousa, PB
CEP: 58902-180

DR. CLERGLICIO GALVAO
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 10832-2/2015

09 MAIO 2019





ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):
CÓDIGO DA UNIDADE: 2613475CNPJ: 08.276.287/0027-08
NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA B: GATO PRETO Nº 433 CPE: 58.802.180
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAÍBAUF:PB

PACIENTE: Antônio Almeida da Silva Lima
SUS: 16.12.17.63435 IDADE: 20 SEXO: M RAÇA: 03
DATA NASC: 05/06/1997 PROFISSÃO: Estudante
ENDEREÇO: Rua da Cruz MUNICÍPIO: Soares
BAIRRO: Bom Jardim DOCUMENTO: RG: 43733722
ESTADO: PB CEP: 58.800.910 COD. MUNICÍPIO: 21620
DATA DO ATENDIMENTO: 22/04/12
CONTATO () Mãe

Acompanhante:

ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:

paciente em boas condições
sem queixas
em boas condições

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPOS

RESULTADOS

1
2
3
4

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECUZOS

1
2
3
4

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA

CONSULTA BÁSICA (PAB):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

Processamento

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG
- ☐ 02- PRIMEIRA CONSULTA (ELETIVA)
- ☐ 03- CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETIVA)
- ☐ 04- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
- ☐ 05- VACINAÇÃO DE ROTINA
- ☐ 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES)
- ☐ 07- VACINAÇÃO DE CAMPANHA
- ☐ 08- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE
- ☐ 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE

MEDICAÇÃO

ENCAMINHAMENTO

- ☐ 01- PRESCRITO ☐ SERVIÇÃO ☐ ENDENÇA INTERNO
- ☐ 02- APLICADA ☐ OUTRO HOSPITAL ☐ OUTRO

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO PROCEDIMENTO CBO

IDADE

Recepcionista:

Francisco Almeida

ASS: DOIS (PROFISSIONAL(S), ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS: DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

CNPJ: 0027

POLEGAR C/R

Francisco Almeida

ASS: DO REVISOR

24 SET. 2018



HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PREScrição Médica

Nome: Enka Almeida Idade: Cor: Enfermaria: 07 Leito: 01 Categoria:

[illegible]

St. John's Bay, Barbados, Caribbean Sea

24 SET. 2018





HOSPITAL REGIONAL DE MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
SOUSA - PB.

SUS = 161217634350008
Idade = 20 anos MAT.: 129.467
Nome: Enika Almeida da Silva Lima Bloco: _____ Apt.: _____ Leito: _____
D.N.: 13/06/1997 Est. Civil: C Resp.: Francisca de Almeida Feres
Rua: Teles Pires Cidade: Sousa Est.: PB
Médico Assistente: Dr. Luiz Alberto Clínica: Emergência
Data da Internação: 22/04/2018 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE:

Queixa Principal:

História da Doença Atual:

*Lesão de vítima de acidente
de trânsito na cabeça e membros*

EXAME FÍSICO:

*Lesão a palhaçada, machucado na
cabeça e membros*

DIAGNÓSTICO:

*Lesão de vítima de acidente
de trânsito*
Luiz Alberto de Oliveira Godinha
Médico
CRM: 4027

Procedimento:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 SET. 2018



Hospital		HRS	
Nome do Paciente			Nº Prontuário
EQUI DO LOMBELO DE SILVA UNH			129 467
Data Operação	09/05/19	Enf.	Leito
Operador	Dr. FASO	1.º Auxiliar	Dr. TAO
2.º Auxiliar		3.º Auxiliar	
Anestesista	Dr. Boticão	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório		Meningeal	
EQUIM BATEU DO FEMUR DIREITO			
+ FEMUR DA RIA T13/0		DIREITO	
Tipo de Operação			
OSTEOSSINTese DO FEMUR DIREITO			
+ OSTEOSSINTese T12/1		DIREITA	
Diagnóstico Pós Operatório		IDOK	
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1. Paciente em decúbito dorsal sobre mesa operatória
2. Alceps e antiseptia
3. Lavagem da cavidade cirúrgica
4. Via de acesso uterina ao FEMUR DIREITO SUBCUTÂNEO
5. Redução completa do deslocamento FEMUR DIREITO em PUG
6. PUG 4.5 mm e parafusos corticais 4.5 mm
7. Via de acesso retro-uterina ao T13/0 DIREITO em PUG
8. Redução completa do deslocamento T13/0 DIREITO em PUG
9. PUG 4.5 mm e parafusos corticais 4.5 mm
10. Redução da ferida em 5.º g.
11. SUTURA AGUMENTADA OPERATÓRIA
12. CURTIDOS

Dr. FASO
Ortopedista
CRM 8179

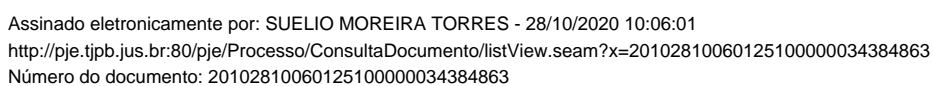
24 SET, 2018











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





CENTRO DE IMAGEM
JOSÉ NEVES MOREIRA

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 quadricipital, 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. Marcella Cortaxo Neves Berto - CRM 6089 PB

Fone: 83 3522.1900





CENTRO DE IMAGEM
JOSÉ NEVES MOREIRA

PACIENTE: **ERIKA DE ALMEIDA DA SILVA LIMA**

Nº.: **85893**

REQUISITANTE: **DIEGO S. SANTIAGO**

DATA: **07/08/2018**


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

Ausência de derrame articular.

Fossa poplíteia 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). MARCELL CARTAXO NEVES
Médico(a) Radiologista

CRM Nº 6089

Essas conclusões, 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. Marcell Cartaxo Neves Berto - CRM 6089 PB

Fone: 83 3522.1900

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
CARLOS ADENIR VERAS PINHEIRO

DOC. IDENTIDADE / OUTRO DOCUMENTO
2001097006008 SSPDS CE

CPF
973.419.833-53

DATA NASCIMENTO
12/06/1982

PLACAO
CARLOS EMEY ALVES
PINHEIRO
ELIDA MARIA VERAS
PINHEIRO

SEXO
M

ACC
AB

CHAMA
AB

IP RESIDENTE
04522381397

VALIDADE
23/09/2018

1ª ANULACAO
29/11/2008

SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
QUIXADA, CE

DATA EMISSAO
03/10/2013

03003876578
CE137831269

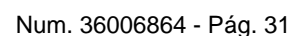
DETRAN CE (CEARA)

VALIDADE EM TUDO
O TERRITÓRIO NACIONAL
875039321

PRESTADO PLASTIFICAR
875039321

24 SET. 2018



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 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 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: 713.121.824-85
Profissão: Recuso
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 meubastante 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 as 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

Seguradora: Sabemi Seguradora S/A

Data do acidente: 22/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERIKA ALMEIDA DA SILVA LIMA

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

