



30/08/2021

Número: **0802897-81.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **14/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS (AUTOR)		RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIBIRICA DE MEDEIROS BARBOSA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47846935	30/08/2021 13:50	Petição	Petição
47846937	30/08/2021 13:50	2763610_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
47846939	30/08/2021 13:50	2763610_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200107372

Vítima: JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

Data do Acidente: 12/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

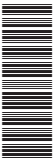
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15603048

Pag. 00231/00232 - carta_01 - INVALIDEZ

00030116





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

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200107372

Vítima: JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

Data do Acidente: 12/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS**

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

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **0000018664-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
110.172.204-50 JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS

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

5 - Nome completo: JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS 6 - CPF: 110.172.204-50
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA MARILEU URBANO DOS SANTOS 9 - Número: 51N 10 - Complemento:
11 - Bairro: PARATIBÉ 12 - Cidade: SÃO PAULO 13 - Estado: SP 14 - CEP: 08000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (083) 987088728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 18664 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou assinatura (marcas)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressartir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, São Paulo - SP, 21/02/2020

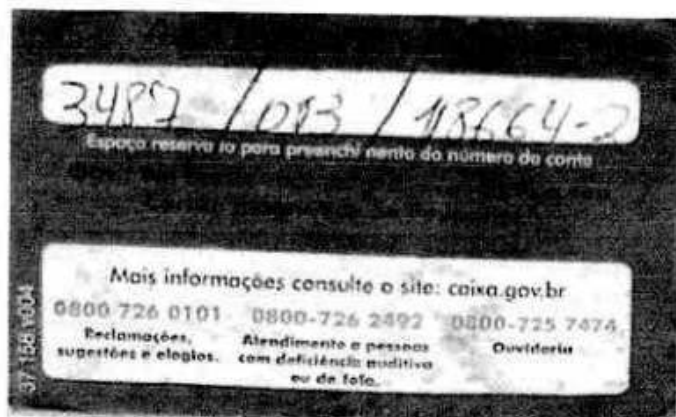
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01972.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01972.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:53 horas do dia 20 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Policia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por Sandro de Souza Lima, Agente de Investigação, matrícula 1331540, ao final assinado, compareceu **Juliane Conceição Barbosa Matos**, CPF nº 110.172.204-50, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Tania Maria Barbosa de Oliveira e João Teixeira de Matis, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/04/1993 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Protético Masileu Urbano dos Santos, complemento Qd. 03, Bolco 4, Apto. 309, Residencial Nice de Oliveira, bairro Paratibe, tendo como ponto de referência Residencial Nice de Oliveira, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99858-8522.

Dados do(s) Fatos:

Local: Entre a Cidade de Conde e o Distrito de Gurugi, Conde/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 12/11/19 19:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

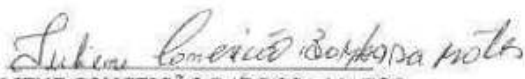
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NA DATA 12/11/2019 POR VOLTA DAS 19H30, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NA RODOVIA PB-018, PRÓXIMO A CIDADE DE CONDE-PB, QUANDO TRAFEGAVA NA MOTO HONDA/CG125 TITAN, ANO 1997, COR VERDE, PLACA MNP 5528/PB (em nome de José Carlos Silva Gonçalves). E UM CAVALO ATRAVESSOU A RODOVIA, FAZENDO COM QUE A NOTICIANTE COLIDISSE NO MESMO, E CAINDO AO SOLO COM A MOTO, QUE A MESMA FOI LEVADA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE PASSOU POR CIRURGIA POIS TEVE FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO, CID 10 S52.2 E S52.5, DE ACORDO COM LAUDO ASSINADO PELO MÉDICO JUAN JAIME ALCOBIA ARCE, CRM 3323/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 20 de fevereiro de 2020.


SANDRO DE SOUZA LIMA
Agente de Investigação


JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS
Noticiante

Procedimento Policial: 01972.01.2020.1.00.401

1/1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
110.172.204-50 JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS

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

5 - Nome completo: JULIENE CONCEIÇÃO BARBOSA MATOS 6 - CPF: 110.172.204-50
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA MARILEU URBANO DOS SANTOS 9 - Número: 51N 10 - Complemento:
11 - Bairro: PARATIBÉ 12 - Cidade: SÃO PAULO 13 - Estado: SP 14 - CEP: 08000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (083) 987088728

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 18664 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascento (nascentes)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressartir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado.

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, São Paulo - SP, 21/02/2020

Juliene Conceição Barbosa Matos

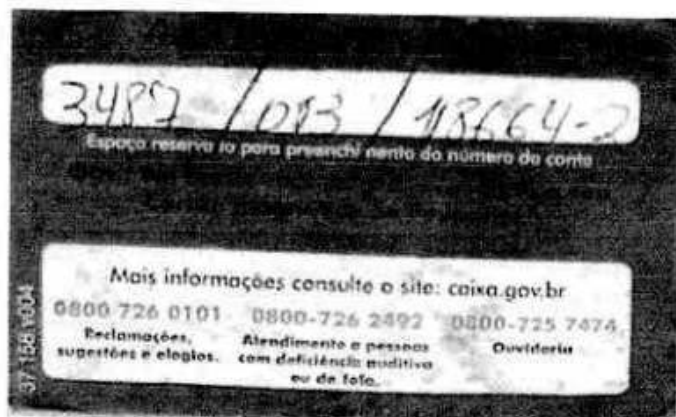
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019







**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1203383



Identificação do paciente

ID 1457083	Nome JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS			Sexo Feminino
Data de nascimento 20/04/1993	Idade 26 anos 7 meses 12 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 119253
Mãe TANIA MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA	Pai JOAO TEIXEIRA DE MATOS			
Escolaridade	Responsável (Parentesco)			
DDD Celular 83	Celular 987453475	DDD	Telefone	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 707807685670210		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADESAUDE			UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58083623	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro GUATEMALA
Número 83	Complemento	Bairro INDÚSTRIAS	

Admissão

Data e Hora 12/11/2019 23:21:05	Número da pulseira 100007166227	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X ANIMAL

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMU	Quem transportou A MESMA		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA						CID
						Tempo 35seg

Imprimir



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000018664-2

Nr. da Autenticação 88BC87FDFC22785F





CAGEPA

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Inc.

Rua Feliciano Gomes, 229 - Jaqueirão João Pessoa - PB
CEP: 58115-470 - Cx. 2.003 554.0001-87

Paul and Linda, 230 - Laguna João Pereira

Paul and Linda, 230 - Laguna João Pereira

Paul and Linda, 230 - Laguna João Pereira

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

JEAN-BAPTISTE DE ANDRADE

PARATIBÉ JOAO PESSOA PB 58000-000

001 N/A (N/A) 4.0 (4.0)
INFORM ESTI 4.0 (4.0)

Угрозы

Угрозы

720045.53

11. $\frac{1}{2}$

22380930

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Economia Comunal	Indiv. Indiv.	Fam. Fam.	
001.095.240.0250.629	629	1	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização		Situação Água	Situação Esgoto
A161.022513	07/12/2017	EXT. RURO		LIGADO	INATIVO

Consta(m) em nossos registros pontos de consumo de água e esgoto não cadastrados.

CONSTATO(ES)	TEXT	TIPO	LIGADO	EFFECTIVEL
Constatou(m) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.				

105101

de atendimento ou pela central telefonica de atendimento (115),
gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
DB ATE	16/06/2018	837,40	MAR/2019	16/03/2019	63,24
JUL/2018	16/07/2018	63,24	ABR/2019	16/04/2019	63,24
AGO/2018	16/08/2018	94,64	MAI/2019	16/05/2019	63,24
SET/2018	16/09/2018	94,64	JUL/2019	16/07/2019	63,24
OUT/2018	16/10/2018	63,24	AGO/2019	16/08/2019	63,24
NOV/2018	16/11/2018	63,24	SET/2019	16/09/2019	122,76
DEZ/2018	16/12/2018	63,24	OUT/2019	16/10/2019	63,24
GEN/2019	16/01/2019	103,44	NOV/2019	16/11/2019	77,04
FEB/2019	16/02/2019	112,24			



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Juliene Conceição Barbosa Matos
DATA DE NASCIMENTO 20/04/93
NOME DA MÃE Tania Maria Barbosa de Oliveira

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 119253
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1203383
DATA DO ATENDIMENTO 12/11/19
HORA DO ATENDIMENTO 23:21
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de ossos do antebraço D.
CID 10 S52.2 S52.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto, com queixade dor em membro superior direito, glasgow 14, escoriações em pé esquerdo, fratura exposta em antebraço direito. Avaliado pela Neurocirurgia, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio
RX antebraço D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de ossos do antebraço D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de ossos do antebraço D.

ALTA HOSPITALAR: 28/11/2019
DATA DA EMISSÃO: 13/02/2020


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: LUCIANA MARTINS DA CRUZ
Em: 26/11/2019 11:43:41

Nome JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS	Boletim de Atendimento 1203383	Data/Hora Entrada 12/11/2019 23:21:05	Data/Hora Saída
Data de nascimento 20/04/1993	Idade 26	Sexo Feminino	CNS 707807685670210
Tempo de Internação 13d 5h 17min	Convênio SUS	Prontuário 119253	Plantão DIURNO
Data de Entrada 12/11/2019 23:21:05	Data Internação 13/11/2019 06:26:24	Permanência na Unidade: 13d 12h 22min	Permanência no Leito: 5d 21h 40min

SISREG (LUCIANA MARTINS DA CRUZ - 26/11/2019 11:42:43)

SOLICITAÇÕES DE LAUDOS

SISREG: 315282222

RESUMO DE ALTA ADMINISTRATIVA

DATA DE ADMISSÃO: 13/11/2019 00:00:00

DATA DE ALTA ADMINISTRATIVA: 24/11/2019 00:00:00 NÚMERO DO LAUDO: 315282222

MOTIVO DA ALTA: PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA

OBSERVAÇÕES:

FEITO 2 AIH ANTEBRAÇO ENVIA EXCESSO ATE 24/11/2019

Seção: HTOP - ENF 10 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: LUCIANA MARTINS DA CRUZ

Número Conselho:



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

GOVERNO
DA PARAIBA

SEGUE
o trabalho

AV. GREGÓRIO LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 143312 - Tel.: 3332162700

Boletim de Atendimento: 1203383



Identificação do paciente

ID 1457083	Nome JULIANA CONCEICAO BARBOSA MATOS	Sexo Feminino
Data de nascimento 20/04/1993	Idade 28 anos 2 meses 13 dias	Religião Protestante
Mãe TANIA MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA	Pai JOAO TEIXEIRA DE MATOS	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) A MESMA	
DDD Celular 83	Celular 967423475	DDD 83
Tipo documento	Número documento	Telefone
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITTI (ORTOTRAUMA)	UF PB	UF PB
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB

Endereço

CEP 58060-020	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB
Número 83	Cidade JOAO PESSOA	UF PB
	Bairro INDUSTRIAS	

Admissão

Data e hora 12/11/2019 23:21:55	Número do processo 100507166227	Convenio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação do caso	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Código de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
	Detalhe do acidente MOTO X CARRO	

Indicadores e Transporte

Caso potencial Não	Risco de vida Não	Via de transporte Não
Método de transporte SAMU	Quem transporta A MESMA	Tipo de trauma Não

Sinais Vitais

PA	X	com Hg	Pulso	Temperatura
----	---	--------	-------	-------------

Exames complementares

Radiol X ()	Sanguine ()	Urina ()	TC ()	Liquor ()	ECG ()	Ultrassonografia ()
--------------	--------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Paciente vítima de trauma, Apresenta
Frat exposta em antebraço D.

Diagnóstico	
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	

Esperando Ana de
COREN - PB 252.268





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGRE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

Data de nascimento
20/04/1993

Mãe

TANIA MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA

Endereço

GUATEMALA, 83

Acidente

MOTO X ANIMAL

Data/Hora Classificação

12/11/2019 23:21:05

BAE

1203383

Sexo

Feminino

Data/Hora Entrada

12/11/2019 23:21:05

CNS

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 987453475

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional

4860/PB

Bairro

INDÚSTRIAS

Município

JOAO PESSOA

Profissional

CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO

Data/Hora Prescrição

13/11/2019 00:03:51

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTO AMNESIA PARA O ACIDENTE NO MOMENTO GLASGOW 15, NEGA CEFALÉIA OU CERVICALGIA REFERE DOR EM BRAÇO AGUARDO TC DE CRÂNIO, TOMOGRAFOS QUEBRADOS NESTE SERVIÇO DIREÇÃO CIENTE, AGUARDO REALIZAÇÃO EM OUTRO SERVIÇO

Induta

Em observação

Enfermeiro

Carlos da Silva Neto
CRM 4560
CNS 201561370750001

CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO
(: 4860/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 12/11/2019 23:21:40





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGRE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS	BAE 1203383	Data/Hora Entrada 12/11/2019 23:21:05	Data Baixa
Data de nascimento 20/04/1993	Idade 26a 6m 24d	Sexo Feminino	CNS
Mãe TANIA MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA	Telefone de Contato (83) 987453475
Endereço GUATEMALA, 83	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EVERTON SILVEIRA MACEDO	Prontuário
Acidente MOTO X ANIMAL		Data/Hora Prescrição 12/11/2019 23:29:31	UF PB
Data/Hora Classificação 12/11/2019 23:21:05			Nº Cons. Regional 11537/PB

ANAMNESE

#CIRURGIA GERAL PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO X ANIMAL, REFERE USO DE CAPACETE. PACIENTE AFIRMA QUE NÃO LEMBRA DO ACIDENTE, BEM COMO NÃO RECORDA SE HOUVE VÔMITO, NAUSEA OU CEFALÉIA NA CENA DO ACIDENTE, NO MOMENTO, SEM QUEIXAS NEUROLÓGICAS. AFIRMA DOR EM MSD. AO EXAME: A: EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. VIAS AÉREAS PÉRVIAS. B: EUPNEICA, COM BOA SATURAÇÃO. TÓRAX SEM ALTERAÇÕES. C: NORMOCÁRDICA E NORMOTENSA. ABDOME SEM SINAIS DE PERITONITE. PÉLVE ESTÁVEL. D: GLASGOW 14. E: ESCORIAÇÕES EM PÉ ESQUERDO. FRATURA EXPOSTA EM ANTEBRAÇO DIREITO. CD: SOLICITO RADIOGRAFIA DE BRAÇO DIREITO E TC DE CRÂNIO ANALGESIA E HIDRATAÇÃO SOLICITO AVALIAÇÃO DA NCR E DA ORTOPEDIA LIBERADA DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V. CONTINUA, 0,0 (MGTSM)
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO
RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Débora Nobrega
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM 11815

Enfermeiro

EVERTON SILVEIRA MACEDO
(CRM: 11537/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 12/11/2019 23:21:40





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente
JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS
Data de nascimento
20/04/1993
Idade
26a 6m 24d

BAE
1203383
Sexo
Feminino

Data/Hora Entrada
12/11/2019 23:21:05
CNS
1

Data Baixa

Telefone de Contato
(83) 987453475
Prontuário

Mãe
TANIA MARIA BARBOSA DE OLIVEIRA

Endereço
GUATEMALA, 83

Acidente
MOTO X ANIMAL

Data/Hora Classificação
12/11/2019 23:21:05

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Bairro
INDÚSTRIAS

Município
JOAO PESSOA
Profissional
BRUNO DE LUNA ROMA
Data/Hora Prescrição
13/11/2019 01:27:18

UF
PB
Nº Cons. Regional
10075/PB

ANAMNESE

ORTOPEDIA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA OSSOS DO ANTEBRAÇO FEITO POR DR. ROBERTO ALMEIDA CD.
INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ORIENTADO POR DR. ROBERTO ALMEIDA

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H
Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML
ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE
MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

CAPTAPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES:: SE PAS > 160 OU PAD > 110; AVISAR
PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MG/TSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES:: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETÁVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MG/TSM) (OBSERVAÇÕES:: SE HGT
<60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MG/TSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA
(DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MG/TSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES:: DIÁRIO)

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/P)

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/08/2021 13:50:04

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21083013500351000000045428674

Número do documento: 21083013500351000000045428674

GLICOSE
HEMOGRAMA COMPLETO
TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)
IONOGRAMA
UREIA

Conduta

Internar Paciente

Enfermeiro

Dr. Bruno Roma
Oncologia Hematologia
CRM: 10075

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 12/11/2019 23:21:40



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HECTERIL

Nome: Juliane Conceição Barboza BE/Prontuário: 1203383
 Idade: Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: Data: 1/1/1
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: LR:
 Cirurgia: Trocanter de Curjel fixação externa do osso
 Cirurgião: Dr. Roberto Carneiro Assistente: Dr. Bruno Romo R2
 2º Assistente: 3º Assistente:
 Instrumentador: Anestesista:
 Tipo de Anestesia: Horário: Início Término

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura exposta osso da tíbia</u>	
<u>direita (diáfise)</u>	
<u>Fratura radioulnar e ulna distal</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Trocanter de Curjel</u>	
<u>fixação do osso da tíbia</u>	
<u>direita</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição:

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Dr. Bruno Romo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 10075

João Pessoa, 13/11/2019

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDB no sistema
cinegráfico e antinegráfico
aproximado de longo comprimento

Incisão:

Achados:

Conduta:

Desenvolvimento de tecido dental-
Tratamento
limpeza segundo Se com SPA 99r

Fechamento:

fechamento do ferimento
curativos e drenos

Observação:

Boa e controlada

Dr. Bruno Roma
Ortopedia Traumatologia
CRM-PE 10075

João Pessoa, 13/11/2019

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em D.O.B. no m. lateral
 esquerda e direita
 Captação de corpos estranhos

Incisão:

Achados:

Conduta:

Desbridamento de tecido denso
 Irregular
 Limpeza abundante com SP 9 gr.

Fechamento:

Interf. do ferimento
 Curativos eóleos

Observação:

Paciente confortável

Dr. Bruno Roma
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM-PB 16075

João Pessoa, 13/11/2019

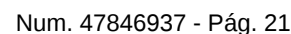
Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



PDF GENERATED BY

936074PQ



FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/11/19

FRONTALÃO: 1203323

PACIENTE: Suelene Almeida Barbosa Neto SEXO: F COR: IDADE: 26PRESSÃO ARTERIAL: 120/60 PULSO: 60 RESPIRAÇÃO: espontânea TEMPERATURA: 36,1 PESO: GRUPO SANGÜÍNEO: ESTADO GERAL: BOM X REGULAR MAU PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: BOM X REGULAR MAU PÉSSIMOEXAMES COMPLEMENTARES: VNPAP. RESPIRATÓRIO: espontânea AP. CIRCULATÓRIO: estávelAP. DIGESTIVO: jejum ESTADO MENTAL: LOTG DROGAS EM USO: PRE-ANESTESIA: ASA II ESTADO FÍSICO: ASA IIDIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: CIRURGIA REALIZADA: tratamento cirúrgico fratura de antebraço direitoCIRURGEÃO: Dr. Roberto AUXILIARES: INÍCIO DA ANESTESIA: 01:40 TÉRMINO DA ANESTESIA: 02:40 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1hCÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CM: VALORES RS: ANESTESISTA: Dr. Felipe / Dr. Luis Dr. Felipe Dr. FelipeAnest. CRM: 01:40 02:40 Anest. CRM: 01:40 02:40HSE SF RL
2 500 500

Paciente estável

Lucamirinho

P/UKPA

Seto 2, 601

FC 95

PA 140/60

RS RS RS RS
60 60 60 60ANESTESIA GERAL ☐ REGIONAL ☐ SEDAR ☒ SEDAR ☐ SEDAR ☐ SEDAR

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Fentanyl	100mcg	11
2	Vicodin	5mg	12
3	Ketamine	25mg	13
4	Propofol	5/10 0,25mg 10ml	14
5	Lidocaine	2%	15
6	Propofol	10mg	16
7	Propofol	8mg	17
8	Propofol	28g	18
9	Propofol	60mg	19
10			20

Paciente monitorizado AUP #18 HSE preso
 Bloqueio cirúrgico com gelatina 0,25 e neuropatimol
 Dr. neuropatimol 0,25 + HSE preso - se o spray 9,5ml
 em ventilação espontânea 0,25/min e 10ml nasal

Dr. Felipe Oliveira
 Anest. CRM: 001010
 CRM: 8660

F.VOL. BGR 025.1





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Luzena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGRE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Impresso por: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Em: 25/11/2019 12:22:24

Nome JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS	Boletim de Atendimento 1203383	Data/Hora Entrada 12/11/2019 23:21:05	Data/Hora Saída
Data de nascimento 20/04/1993	Idade 26	Sexo Feminino	CNS 707807685670210
Tempo de Internação 12d 5h 56min		Convênio SUS	Prontuário 119253
Data de Entrada 12/11/2019 23:21:05	Data Internação 13/11/2019 06:26:24	Permanência na Unidade: 12d 13h 1min	Plantão DIURNO
			Permanência no Leito: 4d 22h 19min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO - 25/11/2019 12:22:16)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

ortopedia

CIRURGIA DE CORREÇÃO DE FRATURA DE OSSOS DE ANTEBRAÇO REALIZADO POR
DR PORTELLA SEM INTERCORRENCIAS

CDT: RX DE CONTROLE
VPM

STAFF DR PORTELLA

Seção: HTOP - ENF 10 Leito: LEITO - 002

Profissional responsável pela informação: JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

Número Conselho: 185222

Dr. José Rogaciano
Machado Couto
CRM: 10.122.122





CRUZ VERDE
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



FECHAR

Nome: Julienne Conceição B. Mateus BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino Cor: _____ Data: ____/____/____
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Osteomíntese do antebraço (D)
 Cirurgião: Dr. Luiz Portela 1º Assistente: Dr. Mathews Magalhães
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Carolina Queiroz
 Tipo de Anestesia: Bloqueio Plexo Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fratura dos ossos do antebraço (D)	
- Fract. Rádio Distal (D)	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Osteomíntese do Rádio	
e ulna distais	
Osteomíntese do Rádio Distal	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ☐ Sim ☒ Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ☐ Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ☐ Terapia Intensa ☐ Residência ☐ Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Luiz Portela
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 11105

João Pessoa, 25/12/19

F(NG)ASCIR 009-1



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
- 2) Preparação da pele
- 3) Abertura e antiseptização
- 4) Campos estéril.

Incisão:

- 5) Incisão de pele
- 6) Ampliação da ferida. redução + redução
aberta + fixação com placa DCP de
02 furos e 04 parafusos corticais

Achados:

- 7) Ampliação da ferida da ulna +
redução aberta + fixação com placa
DCP de 08 furos e 04 parafusos
corticais

Conduta:

- 8) Redução incremental do rádio distal
- 9) Fixação percutânea com fio TC 2.0
curvado
- 10) Sutura + Curativo
- 11) Boa perfuração distal
- 12) Tórax axila poliar.

Fechamento:

Observação:

Dr. Suelio Moreira
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia de Limbo Verde
CNPJ nº 07.111.111

João Pessoa,

25/11/19

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-I





HEE TSH

FICHA DE ANESTESIA



PACIENTE: Lucia Conceição Pinheiro DATA: 28/11/16 PRONTUÁRIO:

SEXO: F COR: P IDADE: 20

PRESSÃO ARTERIAL 90/60 PULSO 60 RESPIRAÇÃO 14 TEMPERATURA 36,1 PESO 45 GRUPO SANGÜÍNEO

ESTADO GERAL BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO AP. CIRCULATÓRIO Estável

AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA ESTADO FÍSICO (ASA) II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de Intercostal Direita

CIRURGIA REALIZADA Tratamento Cirúrgico da Fratura de Intercostal Direita

CIRURGIÃO Dr. Ricardo AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA 8:30 TÉRMINO DA ANESTESIA 10:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA 120 min

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA CPF CRM-PB

AGENTES-ORA

LQJCS

VENOSOS

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO

PULSO





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

110.172.204-50

Nome

JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

Nascimento

20/04/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



DETRAN - PB Nº 013929765666
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 1 COB RENAVAM 0068261417-3 00/00000000 2017

NOME JOSE CARLOS SILVA GONCALVES

CPF/CNPJ 68600046491 PLACA MNP5528/PB

PLACA ANT. UF NOVO PB 9C2JC250VVR198416

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN ANO FAB 1997 ANO MOD 1997

CAP. POT/OIL 2 P/124 /C1 CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERDE

COTA UNICA VENC. COTA UNICA 1º 06/30/0000 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 09/10/2017

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL JOAO PESSOA - PB DATA 28/02/2018

8290

PB Nº 013929765666 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

EXERCICIO 2017 DATA EMISSÃO 28/02/2018

VIA 1 CPF/CNPJ 68600046491 PLACA MNP5528/PB

REN. TAM 00682614173 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 TITAN

ANO FAB 1997 CAT. TARIF 9 Nº CHASSI 9C2JC250VVR198416

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) SEGURO TOTAL A SER PAGOS AO SEGURADO (R\$) P A G O

PAGAMENTO COTA UNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 09/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.218.608/0001-04

8290-1242333-20180228



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200107372 **Cidade:** Conde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIENE CONCEICAO BARBOSA **Data do acidente:** 12/11/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
MATOS COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO E ULNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: DOC PÁG. 01 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 08 09 10 14 15 //

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- * MORTE = R\$ 13.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA *[Assinatura]*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085229/20

Vítima: JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

CPF: 110.172.204-50

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 12/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JULIENE CONCEICAO
BARBOSA MATOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS : 110.172.204-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/03/2020
Nome: JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS
CPF: 110.172.204-50

JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/03/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08028978120208152003

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JULIENE CONCEICAO BARBOSA MATOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 26 de agosto de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/08/2021 13:50:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21083013500515500000045429126>
Número do documento: 21083013500515500000045429126