



Número: **0818246-19.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **16/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
SANDRO MANGUEIRA BEZERRA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43122 153	14/05/2021 11:48	Petição	Petição
43122 156	14/05/2021 11:48	2764642_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
43122 159	14/05/2021 11:48	2764642_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, 31 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309899

Vítima: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

Data do Acidente: 05/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

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, contados 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 16080164





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 Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309899

Vítima: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

Data do Acidente: 05/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: **MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000005784-3**

Conta: **0000014934-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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:
045.675.554-30

4 - Nome completo da vítima:
MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:
MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

6 - CPF:
045.675.554-30

7 - Profissão:
AUTONOMA

8 - Endereço:
SÍTIO VELEZ

9 - Número:
S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:
ZORA RURAL

12 - Cidade:
QUEIMADAS

13 - Estado:
PB

14 - CEP:
58475-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):
(83) 98805-6654

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO BRADESCO

AGÊNCIA: 5784

3

CONTA: 14934

9

(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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda 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 6.154/74, 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 nascituro(s) nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura 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, JOÃO PESSOA, 28/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/05/2021 11:48:45

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051411484518100000041017679

Número do documento: 21051411484518100000041017679



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00213.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00213.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:43 horas do dia 24 de agosto de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Maria José de Souza Nascimento**, conhecido(a) por Maria José, CPF nº 045.675.554-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Cícera de Souza Nascimento e Rosemiro Vieira do Nascimento, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 27/05/1978 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Velez, Nº S/N, complemento CASA, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Parque Beira Rio, na cidade de Queimadas/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, nº S/N, Estrada Vicinal, Próximo Ao Posto de Saúde de Queimadas, Queimadas/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 05/01/20 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.


Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo C100 BIZ ES, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2003/2004, UF: PB, placa MNP-4789, características gerais: Categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Atual: Campina Grande/pb; último Licenciamento: 2012; situação: Em Circulação; vencimento Licenciamento: 30/11/2020.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO NO LOCAL E NA DATA E HORA JÁ DESCRITOS ANTERIORMENTE ACIMA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO E VEIO A DERRAPAR E A CAIR, SOFRENDO DIVERSOS FERIMENTOS GRAVES, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS HOSPITALARES PERTINENTE AO OCORRIDO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBS: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODE SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTES ESTADOS.

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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00213.01.2020.1.05.101





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:

045.675.554-30

4 - Nome completo da vítima:

MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

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

5 - Nome completo:

MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

6 - CPF:

045.675.554-30

7 - Profissão:

AUTONOMA

8 - Endereço:

SÍTIO VELEZ

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ZORA RURAL

12 - Cidade:

QUEIMADAS

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58475-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(83) 98805-6654

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

3

(informar o dígito se existir)

CONTA:

14934

(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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda 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 6.154/74, 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 nascituro(s) (vivo(s))?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Inscrição 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, JOÃO PESSOA, 28/08/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/05/2021 11:48:45

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051411484518100000041017679

Número do documento: 21051411484518100000041017679

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05784-3

CONTA: 000000014934-9

Nr. Autenticação

BRADESCO0909202005000000000023705784000000014934168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/05/2021 11:48:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051411484518100000041017679>

Número do documento: 21051411484518100000041017679

BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 156 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.826.596/0001-95 - Ins. Est. 16.903.829-1

Documento para envio Brasil
Documento para a Argentina via JCB

Consulte o valor do boleto em nosso site: www.energisa.com.br Nº 005.378.859

ENDEREÇO DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
JOSE NEDES DA SILVA VELEZ SIT VELEZ S/N QUEIMADAS		4/225997-6		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2019	18/12/2019	52	26/12/2019	R\$ 40,92

Ativar: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 13/01/2020				
Pagador: JOSE NEDES DA SILVA VELEZ CNPJ/CPF: 911.078.304-00				
SIT VELEZ S/N - AREA RURAL - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000555822	000225997201912	26/12/2019	R\$ 40,92	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA				
06.826.596/0001-95				
AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 156 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700				
Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2057-5				



00540

[illegible]

1000

DESTINO DO PACIENTE ____ / ____ às ____ : ____ hs

(Centro cirurgico _____ (Alta hospitalar / (Já revolta
(Internação (setor) _____ () Decido Médica
(Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Outro _____

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

Die Kosten für die Herstellung eines Produktes hängen von der Menge x ab, die hergestellt wird. Die Kostenfunktion ist gegeben durch:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

IDADE



05/01/2020

GOVERNO
DO PARÁ

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.266/0038-52
Av. Mml. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PA, CEP: 58432-809
Data: 05/01/2020

Paciente: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO Idade: 041 Nº ATEND: 2077315

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO
DATA: 05/01/2020 HORA: 20:50:18

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: QUEDA DE MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NAO HAS () SIM (X) NAO
DEF. MOTORA () SIM (X) NAO

ALERGIAS: nega
MEDICAÇÃO EM USO:
ESTADO GERAL: BOM
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSAO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
AMARELO

HTCC-Formulário Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Vinícius de Amorim Guedes N. Galvão
COREN-PA 166.148

Data da internação: 05/01/2020 Hora: 21:29:15

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CSES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CSES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO				2077329	
7 - CARTÃO DO SUS 701006845552897		8 - DATA DE NASCIMENTO 27/05/1978		9 - SEXO Male <input type="checkbox"/> Female <input checked="" type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE DE RESPONSÁVEL CICERA DE SOUZA NASCIMENTO				11 - RESUMO DE EXAMES N° DE EXAME 83	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) SÍTIO CATAZELEIRO, 0, ZONA RURAL					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Queimadas		14 - CID-10 S51.250		15 - UF PR	
				16 - CEP 58475000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE SOFREU QUEDA DE MOTO, DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO DIREITO					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO CIRURGIA					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS EXAME FÍSICO E RADIOGRÁFICO					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA BARTON VOLAR D		21 - CID-10 PRINCIPAL		22 - CID-10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA INDEFINIDA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO INDEFINIDA		28 - DOCUMENTO (N° / CNA) / CPT 706509310860293	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JULIO CESAR RIBEIRO DE CA		31 - DATA 05/01/2020		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNAE DA SEGURADORIA		37 - N° DO BOMBEIRO	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNAE EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CBOB	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () SE TÓMICO () DESEMPREGADO () SPONTEADO () NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - CID-10 ORGÃO ENVIADOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO (PRONTUÁRIO)	
45 - DOCUMENTO (N° / CNA) / CPT		46 - N° DO DOCUMENTO (N° / CPT) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA (AUTORIZAÇÃO)		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			



**GOVERNO
DA PARAÍBA**GOVERNO
DA PARAÍBA

RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

Data da Internação: 05/01/2020

Data da Alta: 09/01/2020

Registro: 2077329

Tempo de Permanência: -18267

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Principais Exames: EXAME CLINICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: OSTEOSINTESE

Data: 08/01/2020

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: SINTOMATICOS

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): - PRESCREVO AINE + ANALGÉSICO + CIPROFLOXACINO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
MR. Ortopedia - Traumatologia
- CRM nº 7825

Data: 09/01/2020

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL : Ana Maria Da Silva Anselmo



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Marcia Jose de Souza Nascimento</i>			IDADE: <i>41</i>	SEXO: <i>fem</i>
DATA: <i>08/01/20</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO: <i>68kg</i>	ALTURA
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICOSE	UREIA	CRIATININA
AP RESPIRATÓRIO				ASMA		
AP CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
AP DIGESTIVO				DENTES	PESCOÇO	AP URMÁRIO
ESTADO MENTAL				ARRANJOS	CORTICÓIDES	ALERGIA
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO				ESTRUTURADO		
ANESTESIAS ANTERIORES				RISCO		
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
<i>8h/15l</i>				<i>Propofol 25mg + fent 100ug ev</i>		
AGENTES ANESTÉSICOS		REDUÇÃO				
LIQUÍD		Satisf: <input type="checkbox"/> Excit: <input type="checkbox"/> Tosse: <input type="checkbox"/>				
		Laringo: <input type="checkbox"/> Espasmo: <input type="checkbox"/> Lenta: <input type="checkbox"/>				
		Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>				
		Outros: <input type="checkbox"/>				
CÓDIGOS		MANUTENÇÃO				
ARTERIAL O - PULSO O - RESPIRAÇÃO		1) Lidoc 1% 60ml crv				
AX - ANESTESIA O - OPERAÇÃO		2) cefazolin 2g				
		3) T max 100 10mg				
		4) Injeção 2g				
		5) Nauseol 60 10mg				
		6) Dexa 100 01				
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		ANESTESIA SATISF: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
		Não, por quê? <input type="checkbox"/>				
		DESPERTAR				
		Reflexos na SO: <input type="checkbox"/>				
		Obstr: <input type="checkbox"/> Co: <input type="checkbox"/> Excit: <input type="checkbox"/>				
		Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>				
		Outros: <input type="checkbox"/>				
		Isabelle Unip de Franca Costa				
		CRM 9061				
		CPF 064.878.624-28				
		Para o Leito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>				
		CONDIÇÕES				
POSICÃO		0-1				
AGENTES		V. DE				
TÉCNICA		Bloq. de plexo intercostal + oxilave / <i>intubação a 50</i>				
OPERAÇÃO						
CIRURGIOS		Dr. Evandro / Dr. Bruno Brilhante				
ANESTESISTAS		Dr. Isabelle				
OBSERVAÇÕES						
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS				PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/05/2021 11:48:45

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051411484518100000041017679

Número do documento: 21051411484518100000041017679

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Maria Jose de Souza Nascimento DV- 27.05.78				GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
—	Sala 03	União SUS	43 anos	2077329	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
CIRURGIA: Tretamento cirurgico de 3rd tura de nádo distal Direito			CIRURGIÃO: Dr. Bruno + Dr. Karenllan		
ANESTESIA: Sedação + bloqueio de Pletro			ANESTESIA: Dr. Izabela		
INSTRUMENTADORA: Ramon		DATA: 08-01-2020	INÍCIO: 08:15	FIM: 09:30	

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calef. p/ OXg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Calef. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
01	Inova ml Dormonid	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
02	Protóxido-lim ludo 11.60ml	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml		Mononylon	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto	02	Mononylon	2-0 - -
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
04	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	Luvax 7.0	02	Vicryl Sertix	0 - -
02	Fenidol amp. Tenaxibam	Luvax 7.5		Vicryl Sertix	
01	Ficoborid amp. nausidron	Luvax 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvax 8.0 procedimento			
02	Glicose amp. efazolina	Oxigênio l/m			
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanaktion amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor p/ lido		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrofinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stuptanon amp.	Sonda lolley	Qtd. (TM)	ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogátrica	01	placa em T 3x5E3/5	
		Sonda Uretral n°	01	parafusos cortical	
		Steridrem ml			
		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
02	Agulha desc. 40 x 12	Geicon 18			
	Agulha desc. 28 x 28	Latese			
	Agulha desc. 3 x 4,5	05 eletrodos			
	Agulha p/ raque n°	01 capote descan			
05	Álcool de Enfermagem 40 v.	01 algodão orto			
	Álcool Iodado ml	01 pedras			
02	Ataduras de Crepon 10 em	01 botim de O2			
	Ataduras de Gessada	01 Stimpuplex 22x2			
	Azul melileno amp.	2 x 0,70x20 m m			
	Benzina ml				

EQUIPAMENTOS	
(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
() Serra	() Eletrocautério
() Desfibrilador	() Oxícapigrato
() Foco Frontal	(X) Cardíomonitor
(X) Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL: **Franciele Garcia S. Cândido**
COREN-PA 001 277 301 TE





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Maj. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB
NOME: Everlan Da Silva Meira

CNPJ: 08.778.268/0018-52
Data: 08/01/2020



GOVERNO
DO ESTADO DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 176543

DATA DA CIRURGIA: 08/01/2020

Número do Atendimento: 2077329 Clin: ORTOPEDIA 1 / Enf: 3 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

Data da Internação: 05/01/2020

Atendimento: 2077329

Diagnostico Pré-Operatório: FX BARTON VOLAR D

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: RAFI

Data da Cirurgia: 08/01/2020

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: FLAVIO

Anestesista: ISABELE

Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1. PACIENTE EM DDH, SOB ANESTESIA

2. ASSEPSIA+ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS

3. INCISÃO EM FACE VOLAR DE PUNHO D+DISSECÇÃO POR PLANOS +HEMOSTASIA

4. REDUÇÃO CRUENTA DE FX+OSTEOSSÍNTESE COM PLACA VOLAR 3,5 3X5, +3

PARAFUSOS CORTICAIS, SOB ESCOPIA

5. LAVADO DE FO COM SF

6. SUTURA POR PLANOS

7. CURATIVO

8. RPA

Data 08/01/2020

Assinatura/Carimbo
Everlan Da Silva Meira



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/05/2021 11:48:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051411484518100000041017679>

Número do documento: 21051411484518100000041017679

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 28013 21 AGU 200

NOME MARIA JOSÉ DE SOUZA NASCIMENTO

FILIAÇÃO Rosemíro Vieira do Nascimento

Cícera de Souza Nascimento

NATURALIDADE Queimadas-PB.

DATA DE NASCIMENTO 27.05.1978

Cert. Nasc. Nº 5.083.fls. 246v. Liv.

DOC ORIGEM 05.

CPF

João Pessoa - PB

ASSINADO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGGAL DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

Maria José de Souza Nascimento



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número

045.675.554-30

Nome

MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

Nascimento

27/05/1978



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

MNP4789

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA			
DETTRAN - PB		Nº	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
PLACA	COLOCAÇÃO	PLACA	EXERCÍCIO
			2012
NOME / ENDEREÇO			

PLACA		PLACA	
MNP4789			
ESPECIE / TIPO		COMBUSTIVEL	
PASSA / MOTONETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. ANO MOD.	
HONDA/C100 BIZ ES		2003 2004	
CATEGORIA		COR PREDOMINANTE	
PARTICULAR		PRETA	
VENCIMENTO LICENCIAMENTO		VENCIMENTO LICENCIAMENTO	
30/11/2020			
OBSERVAÇÕES			
LOCAL		DATA	
CAMPINA GRANDE		20/08/2020	

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2012
 Proprietário: *****
 Placa: MNP4789
 Combustível: GASOLINA
 Marca/Modelo: HONDA/C100 BIZ ES
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTONETA
 Ano de Fabricação: 2003
 Ano Modelo: 2004
 Categoria: PARTICULAR
 Cor Predominante: PRETA
 Vencimento Licenciamento: 30/11/2020
 Observação:
 Restrição:
 Financeira:
 Município: CAMPINA GRANDE
 Situação: EM CIRCULACAO
 Data da Consulta: 20/08/2020



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200309899 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO **Data do acidente:** 05/01/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 9) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO 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 MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



01/08/2020


**DETRAN-PB Departamento Estadual
de Trânsito da Paraíba**
DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS**Usuário**

Nome: GIRLENE QUEIROGA DE ALMEIDA SOUZA		CPF/CNPJ 79763170400		Nosso Número 0																																																													
Placa MNP4789	Chassi 9C2HA07104R017322	Código Renavam 818415391	Data Vencimento 31/08/2020	Data Emissão 20/08/2020 16:39:07	Valor Documento 2.581,10																																																												
<p>Discriminação dos Débitos:</p> <table> <tr> <td>LICENCIAMENTO 2016</td> <td>155,34</td> <td>Multas:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BOMBEIRO 2016</td> <td>23,30</td> <td>DETRAN</td> <td>2164085</td> <td>574,51</td> </tr> <tr> <td>LIC. ATRAS. LEI 7.656</td> <td>90,09</td> <td>DETRAN</td> <td>2164096</td> <td>191,54</td> </tr> <tr> <td>LICENCIAMENTO 2017</td> <td>155,34</td> <td>DETRAN</td> <td>2308647</td> <td>53,20</td> </tr> <tr> <td>BOMBEIRO 2017</td> <td>23,30</td> <td>DETRAN</td> <td>2308658</td> <td>191,54</td> </tr> <tr> <td>LICENCIAMENTO 2018</td> <td>155,34</td> <td>DETRAN</td> <td>2308427</td> <td>574,62</td> </tr> <tr> <td>BOMBEIRO 2018</td> <td>23,30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LICENCIAMENTO 2019</td> <td>155,34</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BOMBEIRO 2019</td> <td>23,30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LICENCIAMENTO 2020</td> <td>155,34</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>BOMBEIRO 2020</td> <td>23,30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>SEG. OBRIGATORIO 2020</td> <td>12,30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						LICENCIAMENTO 2016	155,34	Multas:			BOMBEIRO 2016	23,30	DETRAN	2164085	574,51	LIC. ATRAS. LEI 7.656	90,09	DETRAN	2164096	191,54	LICENCIAMENTO 2017	155,34	DETRAN	2308647	53,20	BOMBEIRO 2017	23,30	DETRAN	2308658	191,54	LICENCIAMENTO 2018	155,34	DETRAN	2308427	574,62	BOMBEIRO 2018	23,30				LICENCIAMENTO 2019	155,34				BOMBEIRO 2019	23,30				LICENCIAMENTO 2020	155,34				BOMBEIRO 2020	23,30				SEG. OBRIGATORIO 2020	12,30			
LICENCIAMENTO 2016	155,34	Multas:																																																															
BOMBEIRO 2016	23,30	DETRAN	2164085	574,51																																																													
LIC. ATRAS. LEI 7.656	90,09	DETRAN	2164096	191,54																																																													
LICENCIAMENTO 2017	155,34	DETRAN	2308647	53,20																																																													
BOMBEIRO 2017	23,30	DETRAN	2308658	191,54																																																													
LICENCIAMENTO 2018	155,34	DETRAN	2308427	574,62																																																													
BOMBEIRO 2018	23,30																																																																
LICENCIAMENTO 2019	155,34																																																																
BOMBEIRO 2019	23,30																																																																
LICENCIAMENTO 2020	155,34																																																																
BOMBEIRO 2020	23,30																																																																
SEG. OBRIGATORIO 2020	12,30																																																																
<p>Na Estrada da vida, não de carona para a dengue nem para a zika.</p>																																																																	
20/08/2020 16:39:07																																																																	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/05/2021 11:48:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051411484518100000041017679>

Número do documento: 21051411484518100000041017679

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243407/20

Vítima: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

CPF: 045.675.554-30

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 05/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO : 045.675.554-30

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: 28/08/2020
Nome: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO
CPF: 045.675.554-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08182461920208150001

BRADESCO SEGUROS 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 **MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO**, 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, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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 a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, 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,

CAMPINA GRANDE, 12 de maio 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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/05/2021 11:48:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051411484551700000041017682>
Número do documento: 21051411484551700000041017682