



Número: **0804461-38.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIA MARIA DA CRUZ (AUTOR)		GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO) ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36569822	12/11/2020 09:46	2764644_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIA MARIA DA CRUZ**

Nº Sinistro: **3180537353**

Vítima: **ANTONIA MARIA DA CRUZ**

Data do Acidente: **13/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180537353**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13608607

Pag. 01357/01358 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2019

Aos Cuidados de: **ANTONIA MARIA DA CRUZ**

Nº Sinistro: **3180537353**
ANTONIA MARIA DA CRUZ

Data do Acidente: **13/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180537353**.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00235/00236 - carta_09 - INVALIDEZ

00050118



Carta nº 13879329



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537353 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIA MARIA DA CRUZ **Data do acidente:** 13/04/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

478-875-834-20

Nome completo da vítima

Antônia Maria da Cruz

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Antônia Maria da Cruz		CPF titular da conta 478-875-834-20	Profissão
Endereço R. Maria Amara		Número 512	Complemento
Bairro Planalto	Cidade Mamanguapá	Estado PM	CEP 58280000
Email		Telefone (DDD) 83	9283

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00		COMPREV COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A. PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		
AGÊNCIA NRO. 0044 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 65619 D/V 6 (Informar dígito se existir)	CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 08 de outubro de 2018
Local e Data

Antônia Maria da Cruz
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02076.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02076.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:17 horas do dia 30 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Severino do Ramos Rodrigues da Silva**, CPF nº 484.081.904-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria Rodrigues da Conceição e Valdevino Francisco da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 26/03/1961 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Aurora, Nº 34, complemento PLANALTO, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Perto do Colégio Cléa Bezerra, na cidade de Mamanguape/PB, telefone(s) para contato (83) 98766-6168.

Dados do(s) Fatos:

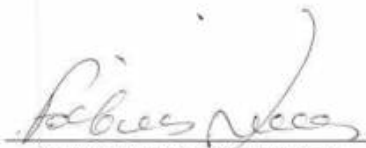
Local: Pb07, Perto do Sítio Pedra, Mamanguape/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 13/04/18 07:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/POP 110I, PRETA, 2017/2018, PLACA OFG6271/PB, CHASSI 9C2JB0100JR011359, registrada em nome do noticiante, onde na garupa estava ANTONIA MARIA DA CRUZ (Brasileira, natural de Mamanguape/PB, casada, do lar, residente no mesmo endereço do noticiante, CPF. 478.875.834-20), quando o noticiante perdeu o controle da moto vindo ambos a cáirem ao solo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1318/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 26.09.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que o noticiante não machucou-se no acidente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 30 de outubro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


SEVERINO DO RAMOS RODRIGUES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 02076.01.2018.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Antonio Maria da Cruz

CPF da Vítima

478.875-834-20

Data do Acidente

14-04-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

478-875-834-20

Telefone (DDD)

83-99921-9283

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 08 de outubro de 2018

Local e Data

X Antonio Maria da Cruz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI-001 V001/2017

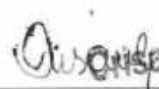


PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU

Mamanguape, 31 de Outubro de 2018

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, ANTONIA MARIA DA CRUZ, foi atendida pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Mamanguape, no dia 13 de Abril de 2018, vítima de acidente com motocicleta e transferido ao Ortotrauma.


Crisane França de Farias
Coordenadora Geral SAMU 192
Mamanguape/PB
CNPJ 08674396000164

Rua Marquês do Herval, 64 - Centro - Fone (83) 996501777/991136091
samucrisane@gmail.com



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: 29/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA MARIA DA CRUZ

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000065619-6

Nr. da Autenticação FF68F7A664D536B1



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via de conta

Forma para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 014.818.170



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crista Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.595.183 / 0001-48 Insc.Est. 16.015.823-6

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
ANTONIA MARIA DA CRUZ RUA MARIA AURORA S/N MAMANGUAPE 58280-000			5/1874865-7	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2018	29/10/2018	248	06/11/2018	R\$ 200,27

Acesse: www.energisa.com.br

			ANTONIA MARIA DA CRUZ Roteiro: 17-014-165-5420 83650000002-8 00270054000-4 18748652018-7 10600014019-9	
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA		
06/11/2018	R\$ 200,27	1874865-2018-10-8		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 09:46:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209464501500000034910854>

Número do documento: 20111209464501500000034910854

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SEVERINO DO RAMOS RODRIGUES DA SILVA

RG nº 681-201, data de expedição 85/05/18, Órgão SSPB,
portador do CPF nº 484.081.804-35, com Domicílio na
cidade de MAMAGUARE, no Estado de Pernambuco, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) MARIA AURORA,
nº 34, complemento, CASA, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Antônia Maria Da Cruz SILVA,
cujo o condutor era SEVERINO DO RAMOS RODRIGUES DA SILVA

Veículo: Motocicleta
Ano: 2017/2018
Modelo: Honda POP 110i
Placa: 0FG-6271/PB
Chassi: 902JB0100JR 0113509
Data do acidente: 13/09/2018

Local e data: João Pessoa, 30/10/2018.

X Severino do Ramos Rodrigues da Silva
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status





CERTIDÃO

Nº. 1318/2018

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº119675 e Prontuário de Nº2018.04.001873, pertencente a **ANTONIA MARIA CRUZ** que foi atendida dia 13/04/2018 às 08H50min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/04/2018 e 04/05/2018 com alta médica dia 10/05/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de setembro de 2018

Dr. Rossana de Fátima de Araújo Barbosa
CRM-PB 3533

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



CIUDADE MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Ficha Nr: 119675 Atd: Nao Regu
Data: 13/04/2018
Hora: 08:50:19
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAV.
Clinica: CIRURGICA

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ANTONIA MARIA DA CRUZ

Num. Prontuario: 2018.04.001873

CNS: 201485151710009 Sexo: F CPF: 47887583420 Fone: 998014583

Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 22/10/1960 Id: 57 ano(s)

End.: RUA MARIA AURORA, 24

Bairro: PLANALTO Cidade: MAMANGUAPE UF: PB

Mae: RITA MARIA DA CRUZ SILVA

Pai: RESPONSAVEL PELA PACIENTE NAO SOUBE INI

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DOMESTICA (DONA-DE-CASA)

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ANTONIA MARIA DA CRUZ

Tel/Doc. Responsavel: 998014583 / CPF: 47887583420

Pr. Endencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO- PASSAGEIRA

Vitima de violência por: ZONA RURAL DE MAMANGUAPE - 7H30 -

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

PACIENTE VITIMA DE COLISAO MOTO E CARRO COM
T. MA MIE

NEGA DESMAIO SIC

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de queda de moto, trazida pelo SAMU, em plen
consciência, portadora de ferimentos. Lesão na cabeça com contusão e lacer
ções. Voz clara e audível. Mucosas cor-de-rosa. Não há sangramento ativo. Exame físico sem alterações. Exame físico sem alterações. Exame físico sem alterações.

Diagnostico

Queda de moto
Fratura de Tórax e Fêmur?

Conduta

2 e 7

Prescrição

SAT

PAROLINA 2g EV A 600A.

Horario da medicacao

Yara Cordeiro
CRM PB: 11507

PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

Dr. Otoni Almeida da Silva
CRM PB 10.544

COMPREV
14 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

EX EVIDENCIA NO FOTOGRAFOS POR OLHOS DA PENHA.
COM PENHAMENTO, EXPOSICAO OSSA.
Bardeiro

JURY Cordeiro
 GRMPB: 11507
 Dh. 1/11/2016

—

[illegible]

Reservado p/ liberacao

23

АО ВНОСО с/х и с/с.

Yuey Cordeiro
CRM PB: 11507

$$\frac{2}{2}$$

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>ANTÔNIA MARIA DA CRUZ</u>		Data da Admissão: <u>13/04/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Cidade: _____	
Estado: _____		Fone: _____	
Sexo: F () M ()		Profissão: _____	
Cor: _____		Estado Civil: _____	
Escolaridade: _____		Religião: _____	
Data de Nascimento: ____/____/____			
QPD: <u>FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA</u>			
HDA: <u>VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, HOJE, COM</u> <u>TRAUMA EM PERNA E. DOR, PERMANENTE - DE FAIXA MÉDIA</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia [] Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____			
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____			
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____ [] Amnésia [] Libido [] Humor _____			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

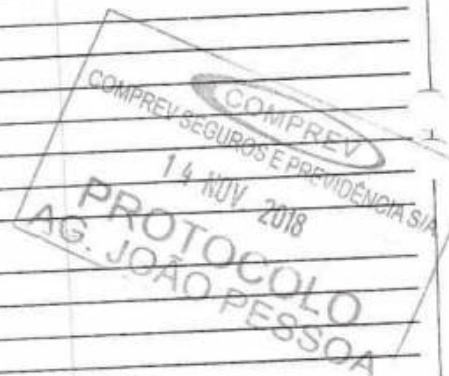
SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: fratura exposta ossos da perna (E)

Conduta: internação p/ tratamento cirúrgico.

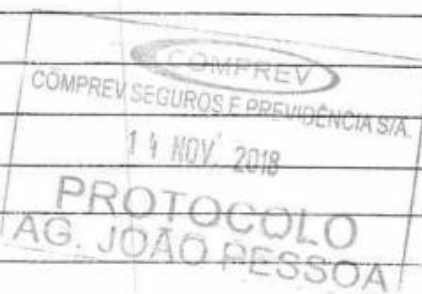


Yuri Cordeiro
CRM PA: 11507

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
	Paciente em DDM
	Aspirar e anti-espasmo
	Aproximação do campo sobre
Incisão:	
	Aproximação de FO
Achados:	
	Fratura exposta do osso de perna
Conduta:	
	Exatidão da fratura com 8,9% e desbridamento
	de tecidos desvitalizados
	Aplicação de fixação externa transarticular
	distal
	Limpieza
	curativos
Fechamento:	
OBS:	



Data: 12/04/18

Dr. Daniel B. Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9248
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME ANTÔNIA MARIA DA CRUZ				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 57 anos	SEXO F	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 13/04/2018		DATA DE ALTA 16/05/2017		TEMPO DE PERMANÊNCIA dias	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura Diafisária de Tíbia Esquerda				CID S82.3	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES Rx de quadril demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
MORTO					

SUMÁRIO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tíbia EM USO DE FIXADOR EXTERNO foi submetido(a) à ALTA HOSPITALAR, paciente sem condições de partes moles. Paciente retornar dia 30/05 as 7 horas da manhã para internamento e procedimento cirúrgico.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

EPIDEMIOLOGIA: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CONDICIONAMENTO COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol), Pradaxa.

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.

DATA 16/05/18
ASS. MÉDICO / C.R.M.
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO, COMPREV, SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Antônia Mª da Cruz
LAUDO MÉDICO

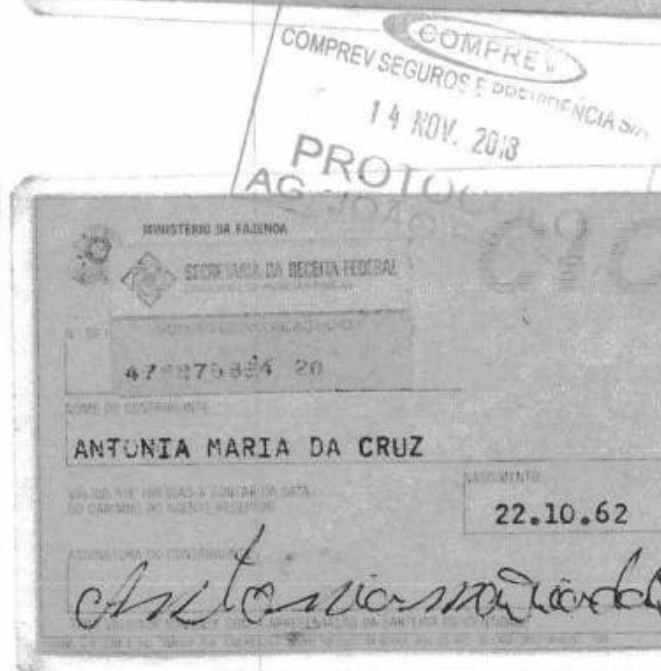
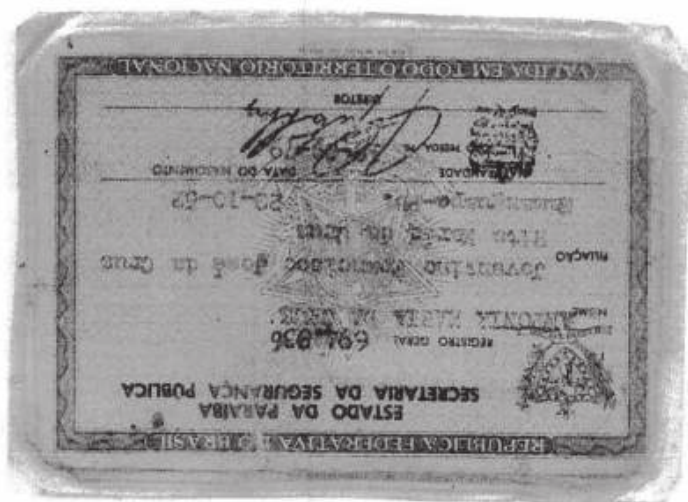
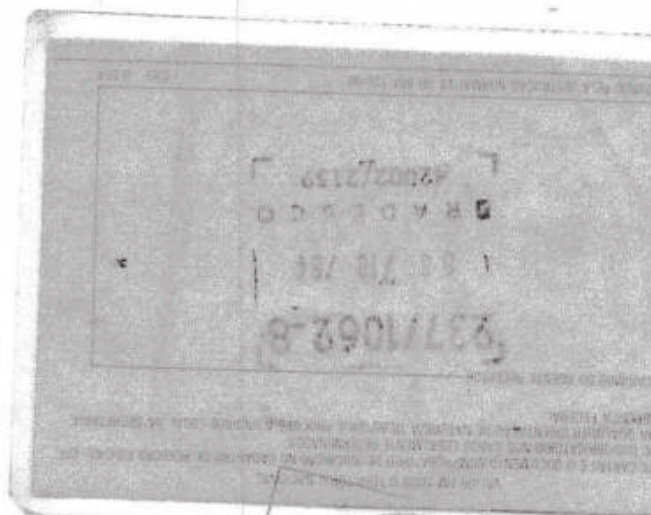
Paciente com quadro de
doença de prisma. Paciente sob
a Ho. uso de em de prisma.
Paciente em estado mel
emotivo. Paciente com
condição de trabalho por tempo
trabalhista

Cm = Mass / 902.

23/01/19

Assinatura e Carimbo





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013813759643
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COD RENAVAM **ERT 20181500000482-9** RÓDIO
1 0114075239-9 00/00000000 2018

NOME
SEVERINO DO RAMOS R DA SILVA

CPF/CNPJ **48408190415** PLACA **OFG6271/PB**

PLACA ANT/UF **NOVO PB** CHASSI **9C2JB0100JR011359**

ESPECIE TIPO **PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC** COMBUSTIVEL **GASOLINA**

MARCA/MODELO **HONDA/POP 110I** ANO FAB **2017** ANO MOD **2018**

CAP/POT/CIL **2 P/109 /CI** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **PRETA**

COTA UNICA **IPVA PAGO EM 00/00/0000** 1ª VENC/COTAS
FAIXA IPVA ********* PARCELAMENTO/COTAS **0** 2ª
3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ********* IOF (R\$) ********* PRÊMIO TOTAL (R\$) ********* DATA DE PAGAMENTO **11/01/2018**

SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

DOCUMENTO DE COTA UNICA
NÃO VALIOSO PARA TRANSFER 0

MAMANGUAPE - PB DATA **18/01/2018**
9999999 **7003781**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013813759643 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO **2018** DATA EMISSÃO **15/01/2018**

VIA **1** CPF/CNPJ **48408190415** PLACA **OFG6271/PB**

RENAVAM **01140752399** MARCA/MODELO **HONDA/POP 110I**

ANO FAB **2017** CAT TARIF **9** Nº CHASSI **9C2JB0100JR011359**

PRÊMIO TARIFÁRIO

PBS (R\$) ********* DETRAN (R\$) ********* CUSTO DO SEGURO (R\$) *********

CUSTO DO BILHETE (R\$) ********* IOF (R\$) ********* TOTAL A SER PAGO SEM PAGO (R\$) *********

SEGURO P A G O

PAGAMENTO ☐ COTA UNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO **11/01/2018**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.245.808/0001-04
7003781-1535107-20180115



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 09:46:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209464501500000034910854>

Número do documento: 20111209464501500000034910854

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Antônia Maria da Cruz
 DATA DO ACIDENTE 14-04-2018 CPF DA VÍTIMA 478.875.834-20
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Antônia Maria da Cruz
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (N) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É Antônia Maria da Cruz
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Maria Assara
 Nº 514 COMPLEMENTO BAIRRO Planalto
 CIDADE Mamanguape UF RN CEP 58280000
 E-MAIL TELEFONE (83) 99321-9283

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, TAIS 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, TAIS 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/11/18IDENTIDADE 694-836ASSINATURA Antônia Maria da Cruz

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 14/11/2018NOME Adelton SantosASSINATURA Adelton Santos



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
25 JAN. 2019
PROTOCOLO
Q. JOÃO PESSOA





COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
25 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

