



Número: **0807444-16.2020.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **04/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 18.225,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA (AUTOR)		JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO) FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA (ADVOGADO) DAYANE NUNES RAMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36262 218	04/11/2020 20:51	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
36262 223	04/11/2020 20:51	<a href="#">14156286</a>	Documento de Comprovação
36262 224	04/11/2020 20:51	<a href="#">14337049</a>	Documento de Comprovação
36262 225	04/11/2020 20:51	<a href="#">ATO DECLARATORIO</a>	Documento de Comprovação
36262 227	04/11/2020 20:51	<a href="#">B.O</a>	Documento de Comprovação
36262 228	04/11/2020 20:51	<a href="#">COMP. RESID. VÍTIMA</a>	Documento de Comprovação
36262 232	04/11/2020 20:51	<a href="#">DOC. MEDICA</a>	Documento de Comprovação
36262 233	04/11/2020 20:51	<a href="#">EXAMES - MARIA JOANNY</a>	Documento de Comprovação
36262 234	04/11/2020 20:51	<a href="#">PETIÇÃO INICIAL DPVAT - MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA</a>	Documento de Comprovação
36262 235	04/11/2020 20:51	<a href="#">PROCURAÇÃO- MARIA JOANNY</a>	Documento de Comprovação
36262 236	04/11/2020 20:51	<a href="#">Receita Federal do Brasil 2018</a>	Documento de Comprovação
36262 237	04/11/2020 20:51	<a href="#">Receita Federal do Brasil 2019</a>	Documento de Comprovação
36262 238	04/11/2020 20:51	<a href="#">Receita Federal do Brasil 2020</a>	Documento de Comprovação
36262 240	04/11/2020 20:51	<a href="#">RG E CPF VÍTIMA</a>	Documento de Comprovação
36272 115	06/12/2020 09:28	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
37545 084	07/12/2020 13:59	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
38365 325	13/01/2021 14:45	<a href="#">Contestação</a>	Contestação
38365 326	13/01/2021 14:45	<a href="#">2775203_CONTESTACAO_01</a>	Outros Documentos

38365 328	13/01/2021 14:45	<a href="#">2775203_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos
38365 329	13/01/2021 14:45	<a href="#">KIT_SEGURADORA_LIDER</a>	Outros Documentos
38381 445	14/01/2021 08:19	<a href="#">Ato Ordinatório</a>	Ato Ordinatório
38381 911	14/01/2021 08:25	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
38439 396	15/01/2021 16:23	<a href="#">Petição</a>	Petição
38439 397	15/01/2021 16:23	<a href="#">2775203_JUNTADA_HONORARIOS_PERICIAIS_Anexo_02</a>	Outros Documentos
38439 398	15/01/2021 16:23	<a href="#">2775203_JUNTADA_HONORARIOS_PERICIAIS_01</a>	Outros Documentos
38992 970	02/02/2021 12:33	<a href="#">Habilitação em processo</a>	Petição de habilitação nos autos
39213 543	08/02/2021 15:54	<a href="#">Réplica</a>	Réplica
39213 544	08/02/2021 15:54	<a href="#">IMPUGNAÇÃO A CONTESTAÇÃO - MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA</a>	Documento de Comprovação
42373 525	28/04/2021 10:12	<a href="#">Ato Ordinatório</a>	Ato Ordinatório
42373 872	28/04/2021 10:15	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
42373 873	28/04/2021 10:15	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
42373 874	28/04/2021 10:15	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
42373 875	28/04/2021 10:15	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
42374 320	28/04/2021 10:19	<a href="#">Mandado</a>	Mandado
42455 357	29/04/2021 13:44	<a href="#">Diligência</a>	Diligência
42455 358	29/04/2021 13:44	<a href="#">Maria Joanny Abrantes Vieira</a>	Devolução de Mandado
42573 355	03/05/2021 11:59	<a href="#">Comunicações</a>	Comunicações
43779 399	28/05/2021 12:57	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
43779 412	28/05/2021 12:59	<a href="#">Ato Ordinatório</a>	Ato Ordinatório
43779 434	28/05/2021 13:03	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
43779 435	28/05/2021 13:03	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
43779 436	28/05/2021 13:03	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
43779 437	28/05/2021 13:03	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
42573 375	31/05/2021 21:40	<a href="#">Comunicações</a>	Comunicações
46545 973	02/08/2021 15:15	<a href="#">Ato Ordinatório</a>	Ato Ordinatório
46545 993	02/08/2021 15:20	<a href="#">Mandado</a>	Mandado
46545 994	02/08/2021 15:20	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
46545 995	02/08/2021 15:20	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
47024 273	12/08/2021 14:37	<a href="#">Diligência</a>	Diligência
47024 286	12/08/2021 14:37	<a href="#">Maria Joanny 002-convertido</a>	Devolução de Mandado
48029 392	02/09/2021 09:33	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
48029 396	02/09/2021 09:33	<a href="#">Maria Joanny Abrantes Vieira 0807444-16.2020.8.15.0371</a>	Laudo Pericial

48030 078	02/09/2021 09:37	<a href="#">Ato Ordinatório</a>	Ato Ordinatório
48030 718	02/09/2021 09:42	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
48030 719	02/09/2021 09:42	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
48613 618	15/09/2021 20:45	<a href="#">Comunicações</a>	Comunicações
48613 619	15/09/2021 20:45	<a href="#">MANIFESTAÇÃO LAUDO PERICIAL MARIA JOANNY</a>	Informações Prestadas
48879 233	21/09/2021 19:26	<a href="#">Ato Ordinatório</a>	Ato Ordinatório
48880 022	22/09/2021 10:44	<a href="#">Alvará de Levantamento</a>	Alvará de Levantamento
48923 554	22/09/2021 12:25	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
48923 556	22/09/2021 12:25	<a href="#">comprovante de envio AJ ao BB</a>	Documento de Comprovação
49106 797	27/09/2021 10:48	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
49107 300	27/09/2021 10:48	<a href="#">Comprovante de Resgate de Depósito Judicial</a>	Outros Documentos
49115 997	27/09/2021 12:09	<a href="#">Petição</a>	Petição
49116 550	27/09/2021 12:09	<a href="#">2775203_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_03</a>	Outros Documentos
49116 553	27/09/2021 12:09	<a href="#">2775203_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
49116 555	27/09/2021 12:09	<a href="#">2775203_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos
49707 907	08/10/2021 15:39	<a href="#">Sentença</a>	Sentença
49776 757	12/10/2021 08:06	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
49776 758	12/10/2021 08:06	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
49885 844	14/10/2021 11:55	<a href="#">Comunicações</a>	Comunicações
50340 031	24/10/2021 10:37	<a href="#">Substabelecimento</a>	Substabelecimento
50340 032	24/10/2021 10:37	<a href="#">SUBSTABELECIMENTO FELIPE X DAYANE</a>	Substabelecimento

Em anexo.





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização o 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 inferiores 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: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000038124-8

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 21 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190214088**

**Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

**Data do Acidente: 14/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização o 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 inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000558**

Conta: **0000038124-8**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Data: 31/12/18	ID da Ocorrência: 040	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 22:29 Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: Maria Joane Abromes Vieira			Idade: 50	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Telefone:	
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: BR 030			Bairro:	Médico Regulador: Dr. Rodrigo		
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HRS			Dr. Danilo Queiroga G. Batista MÉDICO CRM-PB 40.673 Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)			

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

<input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo:	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> SINECO-OBSTÉTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem:
<b>CAUSAS EXTERNAS</b> > Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:			Responsável:
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:			Responsável:
			<b>ANTECEDENTES</b> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
			Quais?

**1 - DADOS VITAIS**

PA: 90x60 FC: FR: HGT: SpO2 - S/O2: 97% SpO2 - C/O2:

**EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA**

Paciente vítima de queda de moto, encostada em decúbito ventral presa entre galhos, consciente, orientada, apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), afenda SSVU, AVP, imobilização curativa e conduzida ao HRS.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: Queda de moto fêmur (D)

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro: 18h30 acuriosidade p/ queda de moto no local. Paciente consciente orientada em decúbito ventral sob galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, feito imobilização com protocolo de APH e AVP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: Remover p/ HRS.

GBF - Cód 0527

21 MAR. 2019



## 2 - VIA AÉREA

☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

### 2.1 - VENTILAÇÃO:

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

### 2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

### 2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etílico

### 3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

### 3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☐ Sim - Local: \_\_\_\_\_

### 3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

### 3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chelo ☐ Ausente

### 3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

### 4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL \_\_\_\_\_

### 5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal \_\_\_\_\_ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

### PROCEDIMENTOS

<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

### MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

SORO fisiológico os equipo manométrico os glicos 20 os  
ampolas de dipirona os xeringa 10 ml os PD, ataduras

### P pertences DA VÍTIMA

☐ Não  
☐ Sim

Objetos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entregues a / Local: \_\_\_\_\_

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: Ilvete Costa

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

TEC. ENFERMAGEM: Ricely Duarte

COREN: Ricely Duarte de Brito

ENFERMEIRO(A): M<sup>te</sup> Betânia S. Santos

COREN: 3.875.75-TE

MÉDICO(A): \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

**M<sup>te</sup> Betânia S. Santos**  
Enfermeira  
COREN/PB 501342

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: \_\_\_\_\_ RG. / CPF: \_\_\_\_\_

21 MAR. 2019



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 04/11/2020 20:51:02

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110420510213700000034622892>

Número do documento: 20110420510213700000034622892



GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO FRANCISCO-PB.

BOLETIM DE OCORRENCIA POLICIAL Nº 021 - 2019.

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 08-03-2019- Às. 09h28min.

COMUNICANTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA, brasileira, divorciada, agricultora, natural de São Francisco -PB, com 20 anos de idade, CI/RG nº 3.925.143 SDDS-PB CPF nº 107.962.274-78, filha de José Milton Gonçalves Vieira e de Francisca Abrantes Sarmento Vieira, residente na Rua Dr. Carlos Pires, nº 166, Bairro: São José, Cidade: Sousa-PB. Telefone para Contato: (83) 9-9153-3183.

HISTÓRICO: Afirma que no dia 14 de dezembro de 2018, por volta das 22h00, aproximadamente, seguia na garupa da motocicleta Honda/Pop100, ano/mod.2008/2009, cor preta, placa MOU3685/PB, chassi 9CZHE02109R010864, licenciada em nome de Maria do Socorro Gonçalves Vieira, que na ocasião era conduzida por Mateus Cazé, pela BR 230, quando ao passarem pela curva em frente a Churrascaria o Pelxão, zona rural de Marizópolis, cruzou a pista de rolamento um animal (cachorro), tendo o condutor do veículo desviado o referido animal e logo em seguida cruzou a pista de rolamento outro animal (jumento), tendo colidido no mesmo, ambos caindo ao solo. Afirma a declarante que devido a queda teve corte na região occipital, fratura em fêmur direito, sendo socorrida pelo Samu, para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu cuidados médico. Que não teve despesa hospitalar. Que é conhecedor (a) das sanções civis, penais e administrativas, caso o declara aqui não seja(m) estritamente a verdade.

São Francisco-PB, 08 de março de 2019.

COMUNICANTE: Maria Joanny Abrantes Vieira  
COMUNICANTE

Sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor  
Dr. Vicente Honório Filho  
Delegado de Polícia Civil.

*Sebastião de Paula Lima*  
Escritório de Polícia Civil  
Ad-Hoc

21 MAR. 2019



DAMIANA FRANCISCA SARMENTO  
RUA DR CARLOS PIRES, 166 - SAO JOSE  
SOUSA / PB CEP: 58804-200 (AQ: 177)  
Emissão: 05/12/2018 Referência: Dez / 2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 9/220, Km25 - Centro Renteria - João Pessoa / PB - CEP: 50711-690  
Rotam: 2 - 177 - 40 - 8700 NF medidor: 00000443730

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 09.085.163/0001-40 Insc. Est: 18.216.623-0  
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica V016 516 286  
Cód. para Deb. Automática: 00000022772

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI  
Dez / 2018 05/12/2018 07/01/2019 940.879.194-04  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/2277-2

Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.  
Reservista, apresente-se na sua Organização Múltiplo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
09/11/18	12015	05/12/18	18094	29
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa/Valor Base Cálculo	Alíq. Icms(R\$) Base Cálculo PIS(R\$) Colim(R\$)
			Tributação Total (R\$) ICMS(R\$) ICMS	PIS/Colim(R\$) (1,00459%) (4,99657%)
0601	Consumo em kWh	69,000	0,8229610	57,24 25 14,31 67,24 0,82 1,88
0601	Adic. B. Amarela			0,82 0,82 25 0,20 0,82 0,00 0,04

CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL	58,06	58,06	14,51	59,08	0,82	2,80
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO						
9	12/12/2018						
	R\$ 58,06						
	Histórico de Consumo (kWh)						

98	99	100	93	101	92	93	94	105	11	98	77
Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18

RESERVADO AO FISCO

47f8.1c57.01d8.6764.9f72.2a8a.53b1.d12b.

Indicadores de Qualidade			10/2018-Bozza		Composição de Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	8,15	NOMINAL	220	Serviços de Dist. de Energia/PB	14,20	24,41
DIC TRIMESTRAL	12,30			Consumo de Energia	20,28	34,96
DIC ANUAL	24,60			Serviço de Transmissão	3,56	6,09
FIC MENSAL	3,48	CONTRATADA	202	Encargos Setoriais	18,22	31,02
FIC TRIMESTRAL	9,97			Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
FIC ANUAL	13,95			Outros Serviços		
DIC M	3,93	LIMITE INFERIOR		Total	59,06	100,00
DIC T	12,22	LIMITE SUPERIOR		Módulo E-UC (Rel. 10/2018) R\$ 25,80		
ATENÇÃO				Faturas em atraso		
- Letura confirmada						

21 MAR. 2019



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 04/11/2020 20:51:03

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110420510344000000034622895

Número do documento: 20110420510344000000034622895

**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Data: 31/12/18	ID da Ocorrência: 040	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 22:29 Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: Maria Joane Abromes Vieira			Idade: 30	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Telefone:	
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: BR 030			Bairro:	Médico Regulador: Dr. Rodrigo		
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
HRS			Destino (Unidade Hospitalar):			
			Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): Dr. Danilo Queiroga G. Batista MÉDICO CRM-PB 40.673			

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

<input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo:	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> SINECO-OBSTÉTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem:
<b>CAUSAS EXTERNAS</b> > Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:			Responsável:
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:			Responsável:
			<b>ANTECEDENTES</b> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
			Quais?

**1 - DADOS VITAIS**

PA: 90x60 FC: FR: HGT: SpO2 - S/O2: 97% SpO2 - C/O2:

**EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA**

Paciente vítima de queda de moto, encostada em decúbito ventral presa entre galhos, consciente, orientada, apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), afenda SSVU, AVP, imobilização curativa e conduzida ao HRS.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: Queda de moto fêmur (D)

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro: 18h30 acuriosidade p/ queda de moto no local. Paciente consciente orientada em decúbito ventral sob galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, feito imobilização com protocolo de APH e AVP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: Remover p/ HRS.

GBF - Cód 0527

21 MAR. 2019



## 2 - VIA AÉREA

☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

### 2.1 - VENTILAÇÃO:

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

### 2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

### 2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito Etílico

### 3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

### 3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☐ Sim - Local: \_\_\_\_\_

### 3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

### 3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chelo ☐ Ausente

### 3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

### 4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL \_\_\_\_\_

### 5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal \_\_\_\_\_ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

### PROCEDIMENTOS

<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

### MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

*SORO fisiológico os equipo manométrico os glicos 20 os  
ampolas de dipirona os xeringa 10 ml os PD, ataduras*

### PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não

☐ Sim

Objetos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entregues a / Local: \_\_\_\_\_

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: *Ilvete Costa*

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

TEC. ENFERMAGEM: *Ricely Duarte* COREN: *Ricely Duarte de Brito*

ENFERMEIRO(A): *M<sup>te</sup> Betânia S. Santos* COREN: *3.875.75-TE*

MÉDICO(A): \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**M<sup>te</sup> Betânia S. Santos**  
**Enfermeira**  
**Coren PB 501342**

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: \_\_\_\_\_ RG. / CPF: \_\_\_\_\_

21 MAR. 2019



Assinado eletronicamente por: DAYANE NUNES RAMOS - 04/11/2020 20:51:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110420510412400000034622899>

Número do documento: 20110420510412400000034622899

MAT: 132.068

Nome: M<sup>re</sup> Jeanny Clementes Vieira Bloco: Apt.: Leito:  
D.N.: 06/06/1967 Est. Civil: Solteira Resp.: F<sup>ra</sup> Alcantares E. Vieira  
Rua: Engenheiro Carlos P. de A. Cidade: Sousa Est.: PB  
Médico Assistente: Clínica:  
Data da Internação: 15/12/2018 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE:

Muñeca no M.D.

Queixa Principal:

Dor no M.D. direito.

História da Doença Atual:

Resposta de um acidente no BH-230  
relatando uma queda numa casa com móveis  
e fratura fechada do Fêmur direito.

EXAME FÍSICO:

- BH forte local  
- Edema  
- Espandibilidade  
- Df. normal  
- Orelhas e Testes do Fêmur D.

DIAGNÓSTICO:

Fratura fechada do Fêmur direito.

Procedimento:

(72)

C.L.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha  
MÉDICO  
CRM/PB 7034 CRM/RN 4228

21 MAR. 2019



MAT.: 132.593

Nome: Mario Janny C. Vieira Bloco: Apt.: Leito:  
D.N.: 04 / 06 / 98 Est. Civil: D. Resp.: Feo. Libranes J. Vieira  
Rua: Sítio Riacho dos Médicos Cidade: Louro Est.: PB.  
Médico Assistente: Dr. Diego Santiago Clínica: Cirúrgico  
Data da Internação: 29 / 01 / 2019 Peso: Temperatura: P.A.:

## ANAMNESE:

Queixa Principal:

Fistula em g. prox. coxa @.

História da Doença Atual:

Pós op. de fêmur @ 40 dias.  
Com boa sam de Anh J. Lk  
necrose nro.

## EXAME FÍSICO:

BEG, Glasgow 15

NVE.

necrose nro = fistula proximal  
nm necrose poronto.

## DIAGNÓSTICO:

FRATURA FÊMUR proximal @ - Pós op.  
40 dias.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 10832 TEST: 15149

21 MAR. 2019



*[Handwritten signature]*

Hospital:

**Casa de Saúde Bom Jesus Ltda.**

Nome do Paciente:

*Maria Jeanny Abrantes*

Nº Prontuário:

Data Operação:

*19/12/2018*

Enf.: *0*

Leito:

Cirurgião:

*Dr. Thiago*

1º Auxiliar:

*Dr. Diego*

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

*Dr. Albert*

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório:

*Font. do osso direito.*

Tipo de Operação:

*RAFI (tutor intramedular)*

Diagnóstico Pré-Operatório:

*O mesmo*

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

*na*

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecio Visceras

1. *Pele em direção do Acetone*

2. *ATAAC*

3. *incisão prox ao grande trocater com exposição do osso*

4. *Entrada ao canal medular ao nível do grande trocater com punção manual.*

5. *Passagem de fio guia, tentativa de redução a force fechada onde não conseguiu fora feita punção incisão pl redução sob palpeira e retirada de Casa de Botas*

6. *passagem canal femoral ali feita n° 10 tentado a 11,5, mas não houve progresso*

**RELATÓRIO DE CIRURGIA**

21 MAR 2019

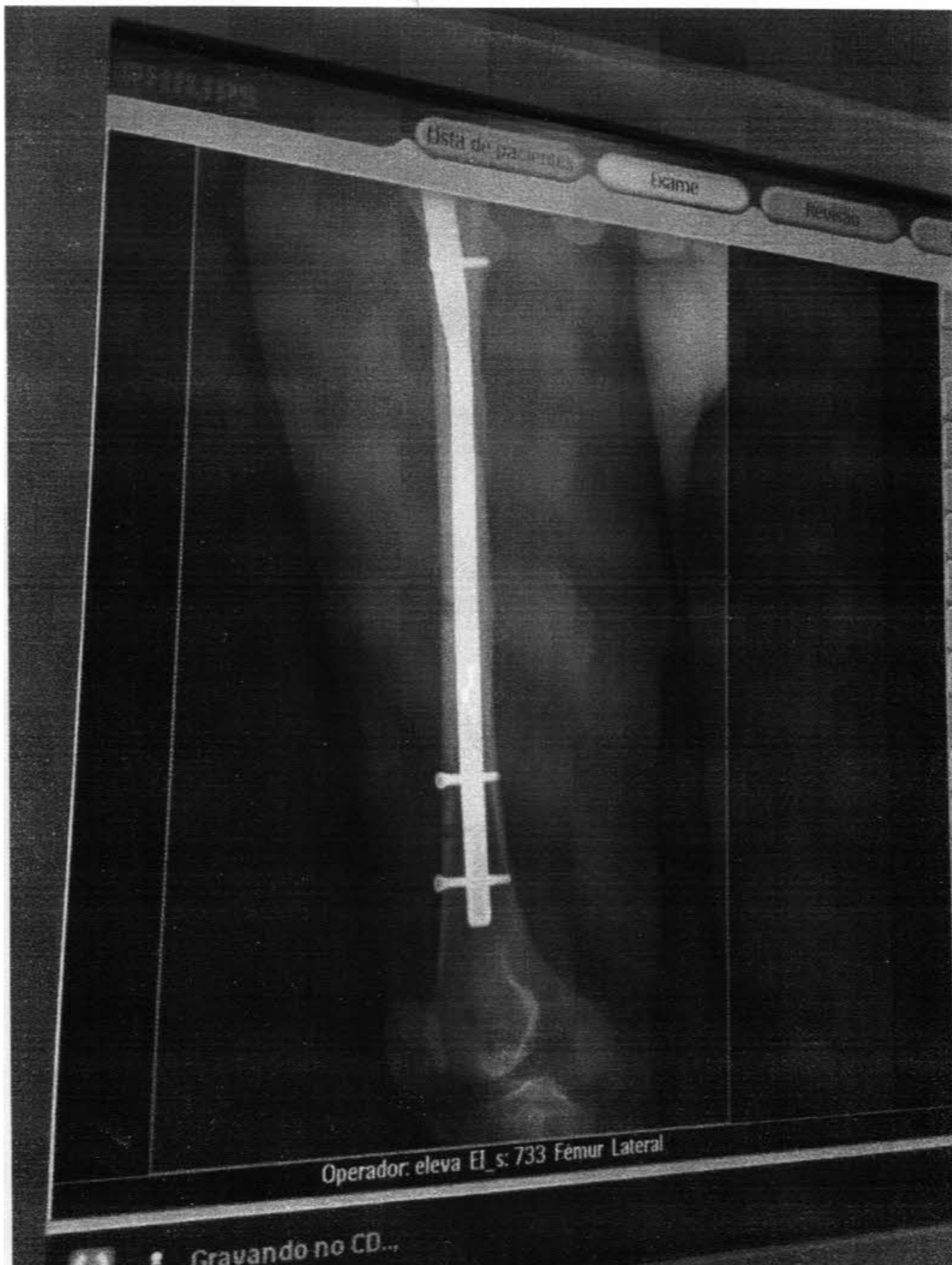
Gráfica Marques - Sampa/PB 3521.1515 (371 125)



7. Parâmetro de tutor em 10x34  
com Bloqueio por (1 prof) e até 2 profs  
quais - pelo escopo =
  8. Entende por planos
  9. Currículo compulsivo
- / prof.

21 MAR. 2019





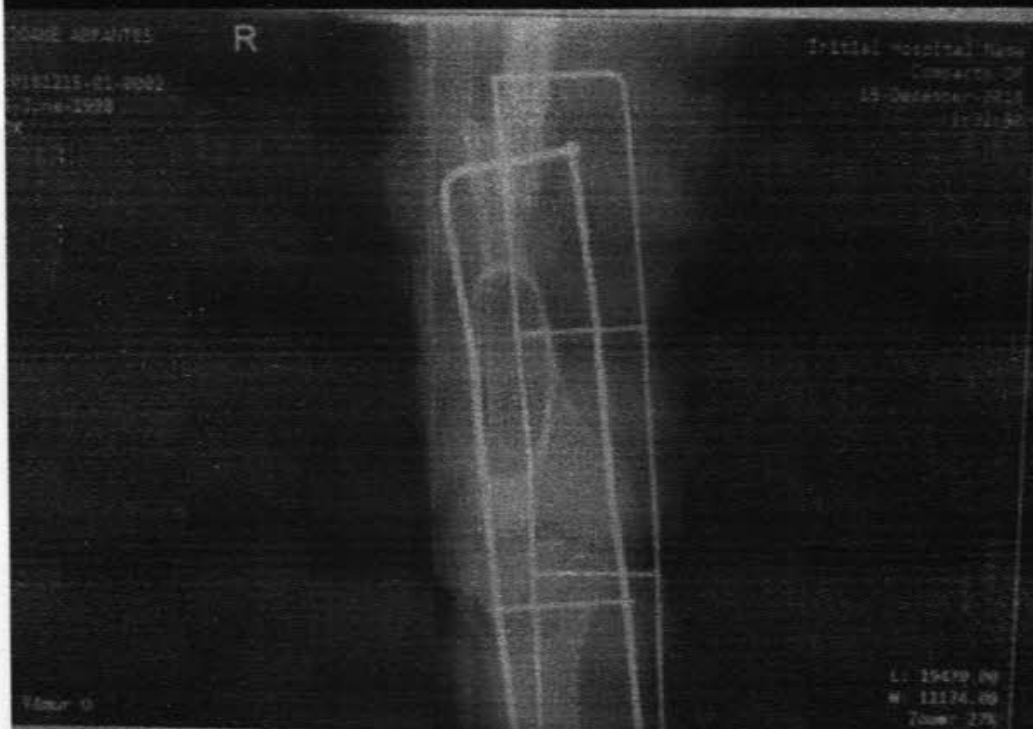
21 MAR. 2019





21 MAR. 2019





21 MAR. 2019





21 MAR. 2018





# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA *mat. fêmea*

Nome: Maria Fanny Albano Vieira  
Sexo: feminino Data de Nascimento: 24/06/98  
Endereço: R. Carlos Pires de Sá, n.º 166 - São José - Moura  
Fone: 98139-1513 Médico: Dr. Tiago  
Convênio: Particular Data: 19/12/18

Anamnese: paciente vítima queda de moto  
há 5 dias, com trauma em abd.  
escoriações pelo corpo.

Antecedentes Pessoais e Familiares: nda.

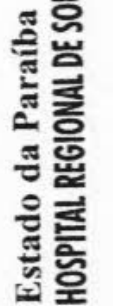
Exame Físico: paciente ativa, lóse expulsa  
escoriações pelo tronco, membros e  
nariz.  
por deformidade, ruptura e  
enchaimento do abd., com sinais de  
fome.

Exames Complementares: Rx.

Diagnóstico: Frnt de fêmur D Ao 32A2

Tratamento: o Quirurgia com fixação





## PREScrição Médica

Leito: 10 Categoria: 1

Enfermaria:

Cor:

**Nome:**

## DATA

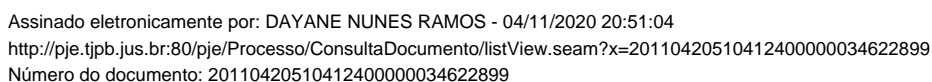
## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## HORÁRIO

## RELATÓRIO

21 MAR. 2019

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatología  
C/Alfonso 1039 1º B, 28011 Madrid



Hospital		HRS	
Nome do Paciente			Nº Prontuário
M <sup>a</sup> Joanny A. Vieira			132 593
Data Operação	Enf.	Leito	
29.1.19			
Operador		1.º Auxiliar	
Dr. Diego			
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista		Tipo de Anestesia	
Dro. Tônio			
Diagnóstico Pré-Operatório			
Pós-op. tardio fêmur (D).			
(Fístula) - Secção nova			
Tipo de Operação			
Limpeza e Remoção fístula.			
Diagnóstico Pós Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<p>Pct. DOR e Ressonância</p> <p>Aneuplo e onfitepsia</p> <p>Colocação caméras inferais</p> <p>Remoção de fístula e nova cicatriz.</p> <p>Secção mínima qtd em local novo.</p> <p>SI 1 pun.</p> <p>SI 014 - Limpeza.</p> <p>Hemostasia plena.</p> <p>Sutura por pontos.</p> <p>Curotmo em f.</p> <p>As condições em f.</p>
<p>Dr. Diego S. Santiago</p> <p>Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM 10222-1500</p>

21 MAR. 2019





# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

SOUSA - PB

## EVOLUÇÃO

Nome: \_\_\_\_\_

DATA	HORA	
19/12		Paciente submetido a 1 <sup>o</sup> e 2 <sup>o</sup> curiagens para drenar o abscesso. Foi feita a colocação de drenos prox e distal. Diste 10x24. Ploq P. 1 e Bloq D. 2.
		Obs: Durante abertura da cavidade articular proximal (cavidade muito estreita), houve lesão a cortical medial do fêmur, com fratura local (falso trajeto da furadeira), o que ocorreu por comprometimento no eixo, o que de estabilização conseguida neste implante.
		Traga
21/12		7 <sup>o</sup> DP.O
		Paciente evolui sem dor, sem sintomas. Curioso. Fontes no local, sem dor.
		Traga
21.12.18		2 <sup>o</sup> DP.O
		Paciente segue estável e sem dor. Apresentou 1 pico febril em 14h de ontem e não mais, melhora. Fontes.
		Sem dor significativa.
		Fo limpa.
		Incorpora de queda.

21 MAR 2019

Dr. Luis Vinícius - 252112415 - Sucesso - 150110





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

Manoel Joany A. Vianna

Idade:

Cor:

Enfermarias:

07

Leito:

03

Categoria:

7000

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

Manoel Joany A. Vianna

1) Vitelo 1000 1000 1000 1000

2) Amoxiclav 400 121011

3) Tetr 200 121011

4) Naproxeno 200 121011

5) Nuveton 8 8154 511

6) Omeprazol 20 121011

7) Ceftriaxona 1000 121011

8) D.C.C 1000 121011

9) 5500 121011

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

12-10

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 10912 1501 15119

Manoel Joany A. Vianna

Dr. Antonio Enas de Brito  
MEDICO - CRM 7122  
CIC 088.741.04-87

Dr. Antonio Enas de Brito  
MEDICO - CRM 7122  
CIC 088.741.04-87

21 MAR. 2019







# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

NOME: Alciney Raimundo Vieira LEITO: 10

## FOLHA DE PRESCRIÇÃO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES
19/12	1. Dilt Zero, Líquido Ambr 13h.	
31/12	2. STG 1500ml w 818h.	10 18 06
01/10/16	3. Dimpina sul w 616h	12 18 24 06
	4. Tifal 20mg w 12/12h	12 24
	5. Cefazolin 1g w 818h	14 22 06
	6. Nurelion 200mg w 818h	14 22 06
	7. Clexane 4mg sc 1x	16
	8. Sm	
20/12	1. Dilt Zero	Duro 14-1 1200w
	2. STG 1500ml w 818h.	14 22 06
17/12	3. Dimpina sul w 616h	12 18 24 06
TAX-3804	4. Tifal 20mg w 12/12h	12 24
	5. Cefazolin 1g w 818h	14 22 06
	6. Nurelion 200mg w 818h	
	7. Karelto 15mg w 1x	12
	8. Sm	

21 MAR. 2019





**Dr. Diego Santiago**

CRM-PB 10.932 TEOT: 15.149

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
MEMBRO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA

Paciente

Maria Joanny A. VIVIRA.

LAUDO MEDICO.

Paciente vítima de acidente motociclistas no dia 14/12/18. Devido tal sofreu múltiplos traumas no corpo, sendo de maior importância em seu membro inferior direito onde ocasionou uma fratura da região diafisária do fêmur direito.

Foi submetida a fechamento cirúrgico da fratura no dia 19/12/18 no qual foi colocado uma haste intramedular bloqueada.

Com 45 (quarenta e cinco) dias aproximadamente teve que se submeter a limpeza cirúrgica devido ao rompimento.

No momento encontra-se em processo de reabilitação pós cirurgia,ambulando com muletas.

Rua Francisco Xavier de Oliveira, 19 - Garrafão - Uiraúna-PB (83) 3534.2197



Devido gravidade do fratura, a cargo e  
proximo de reabilitação, declara que o paciente  
deve permanecer afastado de suas atividades  
laborais por um período inicial de  
180 (cento e oitenta) dias a partir do  
dia 14.12.2018

CID: 572.3

298.8

254.4

Trabalho  
Só,  
Grato.

Dr. Diogo S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 10932 TEOT: 15149

12.4.2019



**AO JUÍZO DE DIREITO DA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOUSA/PB**

**MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**, brasileira, divorciada, agricultora, inscrita no RG nº 3.925.143 e CPF nº 107.982.274-78, com endereço na Rua Dr. Carlos Pires, nº 166, São José, Sousa, Paraíba, CEP 58804-510, não possui endereço eletrônico, vem, por intermédio de seus advogados infra-assinados, propor a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**  
**PELO PROCEDIMENTO COMUM (Art. 318 CPC)**

Em face de **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, localizada na Avenida Treze de Maio, nº 23, 2º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20031-902, portal <https://www.seguradoralider.com.br/> pelas razões de fato e de direito que passa a expor:

**Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



### DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA

Inicialmente, a parte autora solicita a Vossa Excelência se digne a deferir a Gratuidade de Justiça, na forma dos artigos 98 e 99 e seus parágrafos do CPC bem como, da Lei 1060/50, eis que não possui condição financeira para arcar com o ônus da presente demanda, sem que tal dispêndio traga, para si e sua família, prejuízo de subsistência, nos termos da declaração acostada nos autos.

Junta para tanto, a guia de custas do processo, conforme determinação do E. Tribunal de Justiça da Paraíba, para fins de gratuidade processual.

Junta também extrato dos três últimos anos do IRPF.

### DAS PUBLICAÇÕES E INTIMAÇÕES

Por fim em cumprimento ao art. 39, I, do CPC, a parte autora requer que todas as intimações referentes a este processo sejam endereçadas a Av. João Machado, 553, sala 404, Centro, João Pessoa/PB, CEP. 58013-520, requerendo, ainda, **que todas as publicações sejam efetuadas exclusivamente em nome dos advogados Dr. Jose Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/RJ sob o nº 57069, endereço eletrônico [josebritoadvogados@hotmail.com](mailto:josebritoadvogados@hotmail.com) e Dr. Felipe Eduardo Farias de Sousa, inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251, endereço eletrônico [fariasdesousaadv@gmail.com](mailto:fariasdesousaadv@gmail.com)** sob pena de nulidade, a teor do art. 236, § 1º, do CPC, esperando deferimento.

**Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



## DA MEDIAÇÃO

Muito embora a parte autora tenha sempre interesse em conciliar, no caso concreto, como a experiência demonstra a seguradora ré jamais conciliou o que sempre tornou inócua as audiências de conciliação previstas no código anterior. Por isso, na forma do parágrafo 5º. Do Artigo 334, do novo CPC, o autor, declara seu **desinteresse** na designação de audiência com a finalidade de conciliação ou mediação.

## DOS FATOS

Na data de **14 de dezembro de 2018**, a autora foi vítima de grave acidente de trânsito, ocasião que sofreu **TRAUMA NO FÊMUR E CRÂNIO, ALÉM DE ESCORIAÇÕES PELO CORPO.**

Em virtude das lesões sofridas pelo autor, conforme relatado acima, culminou com a sua debilidade permanente, apresentando assim, dores insuportáveis, perda da mobilidade da perna direita, tudo conforme comprova o Boletim de Ocorrência nº 021/2019 e Boletim de Atendimento Médico e documentação médica hospitalar anexa.

Conforme lesão e debilidade citada acima, a lei vigente rege que tal sequela em tela (**perda anatômica e/ou funcional completa de estrutura crânio- facial + perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores**) seja indenizada no percentual de **170% da tabela**, ou seja, **R\$ 22.950,00 (vinte e dois mil, novecentos e cinquenta reais).**

### **Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



A autora sofre com as sequelas permanentes provenientes do acidente, sentindo fortes dores na região da cabeça e perna direita e outras patologias que serão comprovadas mediante perícia médica.

Ao vermos os documentos presentes nos autos, a seguradora ré levou em consideração de forma arbitrária que a promovente possui direito aos danos corporais previstos em Lei, apenas a 35,00% do valor da tabela, ou seja, de natureza média, contrariando a lei em vigência, conforme documento comprobatório.

No caso em tela, há de se pagar o percentual de 170%, perfazendo a indenização de R\$ 3.375,00 (três mil, trezentos e setenta e cinco reais), deduzindo-se o valor já pago administrativamente, sendo informado através de perícia médica o percentual de diferença a ser seguido e pago.

No caso em tela, há de se indenizar o percentual de 25%, perfazendo a R\$ 22.950,00 (vinte e dois mil, novecentos e cinquenta reais), sendo informado através de perícia médica o percentual de diferença a ser seguido e pago.

Assim, na qualidade de vítima de acidente de trânsito, ciente de sua inequívoca invalidez e munido da documentação necessária, protocolizou o pedido de pagamento do SEGURO DPVAT, tendo a seguradora ré RECONHECIDO O ACIDENTE, ATRAVÉS DO SINISTRO Nº 3190214088, pagando, todavia, valor inferior ao devido, apenas R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais), contrariando desta forma, o previsto na Lei nº. 6194/74 com as atualizações da lei nº 11945/09.

**Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



Ressalte-se que, após o acidente sofrido, adquiriu **INVALIDEZ DE NATUREZA PERMANENTE**, não lhe restando, dessa forma, alternativa, senão a propositura da presente ação, para o recebimento do seu direito.

### **DO DIREITO**

A questão vertente exige a exegese da norma constante dos art. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74, com as atualizações da Lei 11945/09, pelo qual se depreende de modo inequívoco, que havendo **INVALIDEZ PERMANENTE em estrutura crânio- facial + perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores com outros traumas**, o valor da indenização deve ser de 170%, perfazendo a indenização de R\$ 22.950,00 (vinte e dois mil, novecentos e cinquenta reais), a ser paga de acordo com o real grau de invalidez de que é portadora a vítima, devendo o grau ser aferido por ocasião da perícia médica.

No caso dos autos, a seguradora ré pagou apenas R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais), restando ainda ser pago a diferença de R\$ 18.225,00 (dezoito mil, duzentos e vinte e cinco reais).

Dessa forma, restando comprovado o acidente de trânsito e as sequelas oriundas deste, faz jus a parte autora ao recebimento da indenização **SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ**, no valor de R\$ 22.950,00 (vinte e dois mil, novecentos e cinquenta reais).

#### **Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



## **DO PEDIDO**

Face ao exposto, requer a Vossa Excelência, seja determinada, desde logo, a citação da seguradora ré, para, se quiser, responder aos termos da presente sob pena de revelia e confissão, pedindo e esperando a inteira **PROCEDÊNCIA DO PEDIDO**, com a consequente condenação da ré ao pagamento de uma indenização que tenha como base as seguintes verbas:

- a) O deferimento do pedido de gratuidade de justiça;
- b) Que todas as publicações na Imprensa Oficial sejam feitas **exclusivamente em nome do Dr. Jose Orisvaldo Brito da Silva, OAB/RJ 57069 e Dr. Felipe Eduardo Farias de Sousa, OAB/PB 25.251**, bem como para fins do art. 39, inciso I do CPC, que sejam remetidas todas as futuras intimações para seu endereço profissional constantes no timbre da presente peça;
- c) **Pagamento do SEGURO DPVAT POR INVALIDEZ**, no valor de **R\$ 18.225,00 (dezoito mil, duzentos e vinte e cinco reais)**, na forma do artigo 3º, alínea b, da Lei nº 6194/74, com as atualizações da Lei nº 11945/09, **corrigido monetariamente desde a data do acidente, acrescido de juros desde a citação**;
- d) **Honorários advocatícios**, estes arbitrados em até **20%** sobre o valor da condenação, custas judiciais, juros e correção monetária onde couber.

### **Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



### **DAS PROVAS**

Finalmente, protesta pela produção de provas, especialmente a documentação superveniente e a pericial médica, acostando, para tanto, os quesitos.

### **DO VALOR DA CAUSA**

Dá-se à causa o valor de R\$ 18.225,00 (dezoito mil, duzentos e vinte e cinco reais).

Termos em que,  
Pede e espera deferimento.  
Sousa, data da assinatura digital.

**Felipe Eduardo Farias de Sousa**  
**OAB/PB 25.251**

**Jose Orisvaldo Brito da Silva**  
**OAB/RJ 57069**

**Dayane Nunes Ramos**  
**OAB/PB 27.489**

#### **Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



## QUESITOS PARA PERÍCIA MÉDICA

Queira o Ilustre Perito responder o seguinte:

1. Foi o periciado vítima de acidente automobilístico? Em que data?
2. Foi internado? Qual nosocômio?
3. Qual o diagnóstico médico?
4. Necessitou de intervenção cirúrgica? Qual a indicação nosológica?
5. Necessita ainda o periciado de tratamento?
6. São definitivas as sequelas?
7. A lesão é permanente?
8. Ficou com incapacidade permanente? Se positivo indicar o (s) membro (s) e/ou sentido (s) e/ou função(ões) e o percentual, por parte afetada, separadamente, de acordo com a tabela do SEGURO DPVAT, informando, inclusive se o periciado suporta sequelas residuais.
9. Suporta deformidade e debilidade permanente? Esclarecer, de acordo com a tabela do SEGURO DPVAT, percentual, **por parte afetada**, separadamente, inclusive se o periciado suporta sequelas residuais.

---

### **Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



10. Se a(s) parte(s) atingida(s), compromete parte e/ou todo o movimento e/ou funcionalidade do Membro ou órgão afetado? Caso positivo, qual o percentual a ser atribuído, levando em conta o comprometimento do membro ou órgão afetado?
11. Tendo como base o teto máximo do seguro DPVAT (100%), informar qual o somatório final dos percentuais apurados.
12. Esclareça todo o mais que entender necessário ao bom trabalho a que foi nomeado.
13. No caso de a sequela da qual é portadora a vítima, não fazer parte das sequelas indenizáveis pela tabela do SEGURO DPVAT, qual o percentual de invalidez o expert atribuiria ao periciado, considerando o comprometimento da sequela na vida diária e laborativa da vítima.
14. Se a lesão sofrida pela autora, prejudicou o seu desempenho profissional, a ponto de ter de ser readaptada a nova função?

**Escritório:**

Av. João Machado, 553, Sala 404, Centro, João Pessoa/PB – CEP 58013-520 - Tel. 9.86083304 / 9.9608-0957



## PROCURAÇÃO PARA O FORO EM GERAL

**OUTORGANTE:** MARTA JOAHNNY ABRANTEI VIEIRA, brasileira,  
divorciada, agricultora, RG nº 3.925.143 e CPF nº 107.982-  
274-78, residente à Rua Dr. Carlos Pires, nº 166, São José,  
Sousa, PB.

**OUTORGADOS:** FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA, brasileiro, casado, Advogado inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251 e JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, Advogado inscrita na OAB/PB sob o nº 25.251/A ambos com escritório profissional localizado na Av. João Machado, 553, 4º andar, sala 404, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58013-520.

**PODERES:** Para o foro em geral, nos termos do art. 105, e seus incisos do CPC/2015, inclusive, como CLÁUSULA ESPECIAL, CONFERINDO PODERES DE CONFESSAR, TRANSIGIR, DESISTIR, RECEBER ALVARÁ JUDICIAL PERANTE O CARTÓRIO QUE TRAMITA O PROCESSO BEM COMO, LEVANTAMENTO DE VALORES EM INSTITUIÇÕES BANCÁRIAS, DAR QUITAÇÃO A CRÉDITOS EM FAVOR DO (A) OUTORGANTE decorrente da atuação do outorgado, firmar compromisso de inventariante, bem como, de síndico em falência e comissário em concordata, prestar primeiras e últimas declarações em inventário ou arrolamento, acompanhá-los em todos os seus termos, impugnar créditos ou concordar com os mesmos, reconhecer a procedência do pedido, retirar alvará em cartório, dar e receber quitação, renunciar no todo ou em parte do direito sobre o qual funda a ação, representando-o (os) perante o Juízo, Instância ou Tribunal, repartições Públicas, Federais e/ou Municipais, na resolução de demandas administrativas, ainda, receber e dar quitação de alvarás em estabelecimentos financeiros e bancários seja eles quais forem separadamente, representar o (a) outorgante em delegacias, procedimentos criminais e administrativos criminais, delegacia do idoso, atuar em representações criminais, atuar em ações de cobrança de seguro obrigatório DPVAT, representar o (a) outorgante em estabelecimentos hospitalares, requerer vistas e cópias de prontuários médico, bem como, substabelecer com ou sem reservas de poderes, receber valores depositados mediante alvará nas instituições bancárias conveniadas com o Tribunal de Justiça da Paraíba, representar o outorgante em ações de cobrança contra instituições de crédito, seguradoras, cobranças de seguro de vida e previdência, representar de forma administrativa nas esferas Estadual e Municipal, acompanhar e praticar atos em processos administrativos, bem como, perante o INSS, realizando-se todo e qualquer ato que seja necessário.

Sousa, 07 DE MAIO DE 2019

Marta Joanny Abrantei Vieira  
OUTORGANTE



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**DECLARANTE:** *Maria Geomiy Abianes Vieira, brasileira, divorciada, agricultora, RG nº 3.925.43 e CPF nº 107.982.274-78, residente à Rua Dr. Carlos Pires, nº 166, São José, Sousa PB.*

DECLARO com base na Lei n.º 7.115 de 29/01/1993 (Lei da Desburocratização) e Lei 1.060/50, que: "Não disponho de condições econômicas suficientes para arcar com custas e despesas processuais, da demanda, sem que venha a causar danos ao sustento próprio e de minha família, não percebo verba suficiente para o custeio antecipado de custas".

DECLARO ainda, ser conhecedor (a) das sanções civis, administrativas e penais a que estarei sujeito (a), caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

João Pessoa, 07 DE MAIO DE 2019.

*x/Maria Geomiy Abianes Vieira*  
**DECLARANTE**



# Situação das Declarações IRPF 2018

Prezado Contribuinte (CPF 107.982.274-78),

MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

04/11/2020

18:13

versão 01.20180815

[Voltar](#)



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>)    Versão: v.01R



BRASIL

(HTTPS://GOV.BR)

# Situação das Declarações IRPF 2019

Prezado Contribuinte (CPF 107.982.274-78),

MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.



Em Brasília - DF

04/11/2020

18:12

versão 01.20180815

[Voltar](#)



(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>)    Versão: v.01R



# Situação das Declarações IRPF 2020

Prezado Contribuinte (CPF 107.982.274-78),

MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Sua declaração não consta na base de dados da Receita Federal.

Em Brasília - DF

04/11/2020

18:11

versão 01.20180815

[Voltar](#)

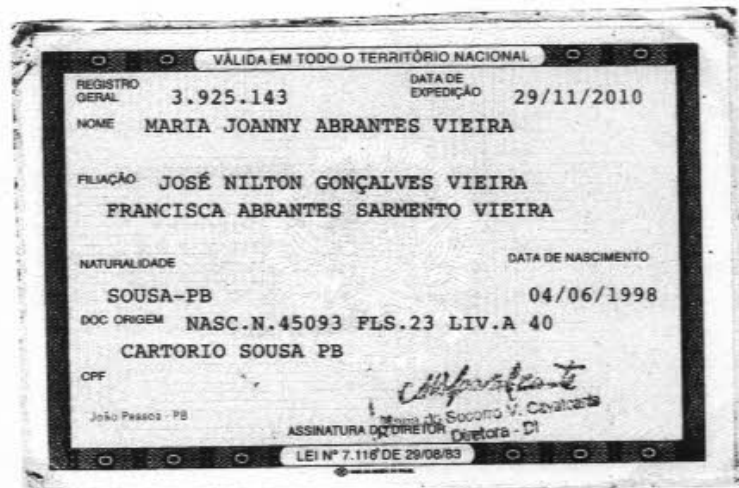


(javascript:window.print())

A Receita Federal agradece a sua visita. Para informações sobre política de privacidade e uso, clique aqui (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade>).

Atualize sua página (<http://idg.receita.fazenda.gov.br/sobre/politica-de-privacidade/avisos/2014/atualize-sua-pagina>)    Versão: v.01R





21 MAR. 2019





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA - 7ª VARA MISTA

Rua Francisco Vieira da Costa, s/n, Raquel Gadelha, CEP 58800970

[sou-vmis07@tjpb.jus.br](mailto:sou-vmis07@tjpb.jus.br); (83)355226602

**Processo:** 0807444-16.2020.8.15.0371

**Assunto** [Acidente de Trânsito]

**Parte autora** MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

**Parte ré** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**Endereço** Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.  
Endereço: Edifício Darke\_\*\*, 2 andar, Avenida Treze de Maio 23, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-902

**DESPACHO**

Considerando que a parte autora é isenta da declaração de imposto de renda, defiro a gratuidade processual.

Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e art. 8º cc. 139, II, ambos do NCPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do NCPC.

Cite(m)-se a(s) parte(s) ré(s) para oferecer(em) contestação no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia e de presunção de veracidade das alegações de fato formuladas na petição inicial (NCPC, art. 344).

E ainda, tratando-se de ação de cobrança de seguro DPVAT, é imprescindível a realização de perícia. Nesse sentido, nomeio a DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO. Fica autorizada a intimação por meio dos canais indicados pelo perito no sítio eletrônico do TJPB ([diegosantiago\\_medicina@hotmail.com](mailto:diegosantiago_medicina@hotmail.com); 83-996814345, desde que ele acuse o recebimento. Frustrada a comunicação, notifique-se por carta com AR (Rua José Anacleto, 271, Uiraúna-PB), **sem prejuízo de sua substituição por outro expert pela serventia**, arbitrando seus honorários periciais em R\$ 200,00 (duzentos reais), em face da complexidade da prova e do local de sua realização, a serem custeados pela Seguradora Líder, nos termos do Convênio 015/2014, facultada às partes a indicação de assistente técnico. Intime-se a seguradora acionada para efetuar o depósito dos honorários em cinco dias, salvo se já efetuado o depósito.

No prazo para contestação o réu deverá oferecer seus quesitos e indicar assistente técnico. Quanto ao autor, se os quesitos ainda não tiverem sido apresentados na inicial, intime-se para que, no prazo de cinco dias, apresentem os seus quesitos e indique assistente técnico.



Por outro lado, formulo os seguintes quesitos a serem respondidos pelo Perito:

1 – O autor é portador de invalidez permanente?

2 – Em caso positivo, em que consiste essa invalidez?

3 – A invalidez permanente é total ou parcial?

4 – Em sendo a invalidez permanente parcial, ela é completa ou incompleta?

5 – Sendo a invalidez permanente parcial incompleta as sequelas são de repercussão intensa, média, leve ou residual?

6 – Levando-se em consideração a Tabela anexa a Lei nº 6.194/74, qual o grau da invalidez?

7 – Juntado aos autos o laudo pericial, expeça-se alvará para liberação dos valores do perito e intuem-se as partes para, no prazo sucessivo de 05 (cinco) dias se manifestarem e requererem o que entenderem de direito.

Sousa-PB, data e assinatura eletrônicas.

Juiz de Direito

**Código de Normas da CGJPB, art. 108.** Fica autorizado o uso do despacho como carta citação/notificação/intimação/precatória/ofício pelos magistrados do primeiro grau de jurisdição, o qual consiste na prolação de ato decisório cujo teor sirva, automaticamente, de instrumento para citação, intimação, notificação, depreciação ou ofício.

Os documentos associados a esse processo podem ser acessados por meio do seguinte endereço eletrônico:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

Ao acessar o link, o interessado deverá indicar a respectiva chave de acesso no campo “número de documento”, conforme relação que segue abaixo.

Documentos associados ao processo

<b>Título</b>	<b>Tipo</b>	<b>Chave de acesso**</b>
Petição Inicial	Petição Inicial	20110420505924600000034622885
14156286	Documento de Comprovação	20110420510009700000034622890
14337049	Documento de Comprovação	20110420510105700000034622891
ATO DECLARATORIO	Documento de Comprovação	20110420510213700000034622892
B.O	Documento de Comprovação	20110420510282700000034622894
COMP. RESID. VÍTIMA	Documento de Comprovação	20110420510344000000034622895



DOC. MEDICA	Documento de Comprovação	20110420510412400000034622899
EXAMES - MARIA JOANNY	Documento de Comprovação	20110420510490600000034622900
PETIÇÃO INICIAL DPVAT - MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA	Documento de Comprovação	20110420510563100000034622901
PROCURAÇÃO- MARIA JOANNY	Documento de Comprovação	20110420510665600000034622902
Receita Federal do Brasil 2018	Documento de Comprovação	20110420510758400000034622903
Receita Federal do Brasil 2019	Documento de Comprovação	20110420510821200000034622904
Receita Federal do Brasil 2020	Documento de Comprovação	20110420510891500000034622905
RG E CPF VÍTIMA	Documento de Comprovação	20110420510958800000034622907





ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE SOUSA  
7ª VARA

0807444-16.2020.8.15.0371

AUTOR: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251, DAYANE NUNES RAMOS - PB27489

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

EXPEDIENTE DE CITAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) CITADO para oferecer(em) contestação no prazo de 15 (quinze) dias, sob pena de revelia e de presunção de veracidade das alegações de fato formuladas na petição inicial (NCPC, art. 344), nos termos do despacho com força de mandado de CITAÇÃO/INTIMAÇÃO, ID retro.

Sousa(PB), 7 de dezembro de 2020

ANA CLAUDIA RODRIGUES SOARES ABRANTES

assinatura eletrônicas





EM ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE SOUSA/PB

Processo: 08074441620208150371

**SÚMULA 474 STJ:** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### **CONTESTAÇÃO**

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### **BREVE SÍNTESE DA DEMANDA**

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **14/12/2018**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **08/03/2019**.

Cumprido esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.



A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>1</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO**

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015<sup>2</sup>.

#### **DO MÉRITO**

#### **DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR**

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

<sup>2</sup>[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;

<sup>3</sup>“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado

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



Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

#### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

*“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretroatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”*

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

#### **DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO**

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **14/12/2018**. Ademais, **houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais).**

---

improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)

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



Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais<sup>4</sup>.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ<sup>5</sup>.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 4.725,00 (QUATRO MIL E SETECENTOS E VINTE E CINCO REAIS)**.

<sup>4</sup>RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.

<sup>5</sup>Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”



### DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação<sup>7</sup>

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

### DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

### CONCLUSÃO

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Súmula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

<sup>6</sup>“SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

<sup>7</sup>art.

1º

(...)

**§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.**



Requer a produção de prova pericial nos termos do Convênio de Nº015/2014 firmado entre este Egrégio Tribunal e a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT. Assim, após a realização da perícia judicial, requer a intimação da Ré para realização do pagamento dos honorários periciais no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) em até 15 (quinze) dias.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **Dr. SUELIO MOREIRA TORRES** inscrito sob o nº **15477 - OAB/PB**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SOUSA, 11 de dezembro de 2020.

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

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



### **QUESITOS DA RÉ**

1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;

2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;

3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando a vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;

4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;

5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma seqüela oriunda de circunstância anterior;

6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de seqüelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;

7 - Considerando que a tabela inserida à Lei 11.945/09 em três casos faz distinção quando a vítima é acometida por lesão em ambos os membros, seria possível o Sr. Perito indicar adequadamente a média da lesão sofrida nos termos da tabela? Em caso positivo qual seria a graduação (10%, 25%, 50%, 75% ou 100%)?

- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés;
- Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior;

8 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.

**Por fim com fulcro no artigo 5º, LV, da Constituição Federal, requer que após a produção da prova pericial, seja aberto prazo para as partes se manifestarem sobre o laudo, a fim de que não se cause na demanda o cerceamento de defesa, frente ao princípio constitucional do devido processo legal.**



### **TABELA DE GRADAÇÃO**

<b>Danos Corporais Previstos na Lei</b>	<b>Total (100%)</b>	<b>Intensa (75%)</b>	<b>Média (50%)</b>	<b>Leve (25%)</b>	<b>Residual (10%)</b>
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SUELIO MOREIRA TORRES**, inscrito na **15477 - OAB/PB** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**, em curso perante a - **VARA MISTA** da comarca de **SOUSA**, nos autos do Processo nº 08074441620208150371.

Rio de Janeiro, 11 de dezembro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PB 4246-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

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 14098094





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização o 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 inferiores 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: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000038124-8

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01155/01156 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020578





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00235/00236 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050118



Carta nº 1423728





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 21 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190214088**

**Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

**Data do Acidente: 14/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização o 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 inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000558**

Conta: **0000038124-8**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

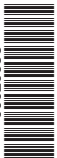
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01375/01376 - carta\_30 - INVALIDEZ

00020688



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	107.982.274-78	Maria Janny Abrantes Vieira
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:		CPF:
Maria Janny Abrantes Vieira		107.982.274-78
Profissão:	Endereço:	Número:
Recuso	Rua Dr Carlos Pires	166
Bairro:	Cidade:	Estado:
São José	Sousa	PB
E-mail:	CEP:	Tel (DDD):
Verasdpvat@hotmail.com	58804-200	(83) 99919-4302

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

**RENTA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0558	CONTA: 38124	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

## 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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data:	Sousa-PB, 20/02/2019
	Nome:	
	CPF:	
	TESTEMUNHAS 1ª   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ 2ª   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Maria Janny Abrantes Vieira		Assinatura do Representante Legal (se houver)
Assinatura do Procurador (se houver)		

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

21 MAR. 2019



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190214088  
Nome do(a) Examinado(a): Maria Joanny Abrantes Vieira  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Doutor Carlos Pires 166, S/N  
Sao Jose Sousa PB CEP: 58804-200  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 3925143  
Data local do acidente: [ 14/12/2018 ]  
Data local do exame: [ 07/05/2019 ] Pombal [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DO FÊMUR DIREITO**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 14/12/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE HASTE INTRAMEDULAR MAIS PARAFUSOS DE BLOQUEIO NO DIA 19/12/2018, RECEBEU ALTA APOS 48 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.**  
**Complicações: PACIENTE APRESENTA CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM USO DE MULETA**  
**Data da Alta: 21/12/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO QUADRIL GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA DO QUADRIL GRAU I, CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM USO DE MULETA.**
- IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
☒ (X) Sim ☐ ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?  
☒ (X) Sim ☐ ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM**  
**DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO QUADRIL GRAU II**  
**DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40°**  
**DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU II**  
**DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 15°**  
**DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 10°**  
**DÉFICIT DE FORÇA DO QUADRIL GRAU I**
- Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).  
☐ ( ) "Vítima em tratamento" ☐ ( ) "Sem sequela permanente"  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em dias* *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |  |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>MEMBRO INFERIOR - Lado Direito</b><br>% do dano: <input type="checkbox"/> ( ) 10% residual <input type="checkbox"/> ( ) 25% leve<br><input checked="" type="checkbox"/> (X) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> ( ) 10% residual <input type="checkbox"/> ( ) 25% leve<br><input type="checkbox"/> ( ) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> ( ) 10% residual <input type="checkbox"/> ( ) 25% leve<br><input type="checkbox"/> ( ) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 100% completo   | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> ( ) 10% residual <input type="checkbox"/> ( ) 25% leve<br><input type="checkbox"/> ( ) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

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





GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO FRANCISCO-PB.

BOLETIM DE OCORRENCIA POLICIAL Nº 021 - 2019.

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 08-03-2019- Às. 09h28min.

COMUNICANTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA, brasileira, divorciada, agricultora, natural de São Francisco -PB, com 20 anos de idade, CI/RG nº 3925.143 SSDS-PB CPF nº 107.562.274-78, filha de José Milton Gonçalves Vieira e de Francisca Abrantes Sarmento Vieira, residente na Rua Dr. Carlos Pires, nº 166, Bairro: São José, Cidade: Sousa-PB. Telefone para Contato: (83) 9-9153-3183.

HISTÓRICO: Afirma que no dia 14 de dezembro de 2018, por volta das 22h00, aproximadamente, seguia na garupa da motocicleta Honda/Pop100, ano/mod.2008/2009, cor preta, placa MOU3685/PB, chassi 9CZHB02109R010864, licenciada em nome de Maria do Socorro Gonçalves Vieira, que na ocasião era conduzida por Mateus Cazé, pela BR 230, quando ao passarem pela curva em frente a Churrascaria o Pelxão, zona rural de Marizópolis, cruzou a pista de rolamento um animal (cachorro), tendo o condutor do veículo desviado o referido animal e logo em seguida cruzou a pista de rolamento outro animal (jumento), tendo colidido no mesmo, ambos caindo ao solo. Afirma a declarante que devido a queda teve corte na região occipital, fratura em fêmur direito, sendo socorrida pelo Samu, para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu cuidados médico. Que não teve despesa hospitalar. Que é conhecedor (a) das sanções civis, penais e administrativas, caso o declare aqui não seja(m) estritamente a verdade.

São Francisco-PB, 08 de março de 2019.

COMUNICANTE: Maria Joanny Abrantes Vieira  
COMUNICANTE

Sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor  
Dr. Vicente Honório Filho  
Delegado de Polícia Civil.

*Selma de Paula Lima*  
Escritão de Polícia Civil  
Ad-Hoc

21 MAR. 2019



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	107.982.274-78	Maria Janny Abrantes Vieira
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
Maria Janny Abrantes Vieira	107.982.274-78	
Profissão:	Número:	Complemento:
Recuso	166	
Endereço:	Cidade:	Estado:
Rua Dr Carlos Pires	Sousa	PB
Bairro:	Cidade:	CEP:
São José	Sousa	58804-200
E-mail:	Tel (DDD):	
Verasdpvat@hotmail.com	(83) 99919-4302	

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

**AGÊNCIA:** 0558 **CONTA:** 38124 **AGÊNCIA:**  **CONTA:**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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.

### 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos:  Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: <u>Sousa-PB, 20/02/2019</u>	TESTEMUNHAS 1ª   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura: _____  2ª   Nome: _____ CPF: _____  Assinatura: _____
	Nome: _____	
	CPF: _____	
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
	<u>Maria Janny Abrantes Vieira</u>	
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
	<u>[Assinatura]</u>	
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	
	Assinatura do Procurador (se houver)	

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

21 MAR. 2019



**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Data: 31/12/18	ID da Ocorrência: 040	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 22:29 Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: Maria Jaine Abromes Vieira			Idade: 50	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Telefone:	
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Viçópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: BR 030			Bairro:	Médico Regulador: Dr. Rodrigo		
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): HRS			Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): Dr. Danilo Queiroga G. Batista MÉDICO CRM-PR 14.673			

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

<input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo:	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> SINECO-OBSTÉTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem:
<b>CAUSAS EXTERNAS</b> > Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:			Responsável: Hospital de Destino: Responsável:
		<b>ANTECEDENTES</b> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais?	

**1 - DADOS VITAIS**

PA: 90x60 FC: HGT: SpO2 - S/O2: 97% SpO2 - C/O2:

**EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA**

Paciente vítima de queda de moto, encostada em decúbito ventral presa entre galhos, consciente, orientada, apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), afundado SSVU, AVP, imobilização curativa e produção do HRS.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:  
Diagnósticos de Enfermagem: Queda de moto fêmur (D)  
Intervenções:  
Evolução do Enfermeiro:  
Paciente acunhado p/ queda de moto no local. Paciente consciente orientada em decúbito ventral sob galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, seguindo o protocolo de APH e AVP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA:  
Produtor p/ HRS.

SRF - CANS 9127

21 MAR. 2019



**2 - VIA AÉREA**

☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

**2.1 - VENTILAÇÃO:**

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

**2.2 - EXPANSIBILIDADE:**

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

**2.3 - ACHADOS:**

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito fétido

**3 - CIRCULAÇÃO:**

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

**3.1 - EDEMAS:**

☐ Não ☐ Sim - Local: \_\_\_\_\_

**3.2 - PERFUSÃO**

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

**3.3 - PULSO**

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

**3.4 - E.C.G.**

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

**4 - EXAME NEUROLÓGICO**

ECGL \_\_\_\_\_

**5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO**

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal \_\_\_\_\_ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

**PROCEDIMENTOS**

<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

*SORO fisiológico os equipo manométrico os glicos 20 os  
ampolas de dipirona os xeringa 10 ml os PD, ataduras*

**PERTENCES DA VÍTIMA**

☐ Não

☐ Sim

Objetos: \_\_\_\_\_

Entregues a / Local: \_\_\_\_\_

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: *Suelio*

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

TEC. ENFERMAGEM: *Ricely Duarte*

COREN: *Ricely Duarte de Brito*

ENFERMEIRO(A): *M<sup>re</sup> Betânia S. Santos*

COREN: *3.815.715-TE*

MÉDICO(A): \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

*M<sup>re</sup> Betânia S. Santos*  
Enfermeira  
COREN-PB 501542

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: \_\_\_\_\_ RG. / CPF: \_\_\_\_\_

21 MAR. 2018



# 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: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000038124-8

---

---

Nr. da Autenticação 27CAA3F8B065535A



# 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:	14/05/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000038124-8

---

---

Nr. da Autenticação F9746BEDB4880D87



DAMIANA FRANCISCA SARMENTO  
RUA DR CARLOS PIRRES, 166 - SAO JOSE  
SOUSA / PB CEP: 58804-200 (AO: 177)  
Emissão: 05/12/2018 Referência: Dez/2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 9.290.km25 - Centro-Rede: João Pessoa / PB - CEP: 58.216-620  
Roteiro: 2-177-40-5700 NF medidor: 20000443730

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 08.912.020-40 Ins. Est. 18.516.823-0  
Nota Fiscal: Cota de Energia Elétrica VTRF 516.285  
Cód. para Deb. Automática: 0000022772

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

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF/CNPJ/RANI:  
Dez / 2018 05/12/2018 07/01/2019 040.879.194-04  
Ins. Est. 5/2277-2

UC (Unidade Consumidora): 5/2277-2

Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.  
Reservista, inscreva-se na sua Organização Múltip

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
05/11/18	12215	05/12/18	18094	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Cota
0601	Consumo em kWh	58,000	0,8200	47,560
0601	Adic. B. Amortiz			0,8200

CCI: Código de Classificação de Item	TOTAL	58,00	58,00	14,51	78,08	0,82	2,82
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO						
	12/12/2018						
	R\$ 58,06						
	Histórico de Consumo (kWh)						

89	99	100	93	101	92	93	94	105	111	98	177
Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18

4718.1c57.01d8.6764.9f72.2a8a.53b1.d12b.

Indicadores de Qualidade				Composição % Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Valor (R\$)	%
DIA MENSAL	8,15	1,87	NOMINAL	20,38	34,95
DIA TRIMESTRAL	12,20			2,21	3,80
DIA ANUAL	24,40			0,25	0,43
FIC MENSAL	9,97			18,22	31,39
FIC TRIMESTRAL	13,95			0,00	0,00
FIC ANUAL	3,93				
DIA C	12,22				
DIA N					
ATENÇÃO				Faturas em atraso	
- Leitura confirmada					

21 MAR. 2019



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro,

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

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua José Macedos de Lira
Número	S/N
Apto / Complemento	
Bairro	Cato Preto
Cidade	Sousa
Estado	Paraíba
CEP	58800-000
Telefone de Contato	(83) 9.8181-8197 / (83) 9.9919-4307
E-mail	Verasdprate@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa-PB, 21/03/2019

Assinatura do Declarante: Carlos Ademir Veras Pinheiro

21 MAR. 2019

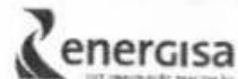


# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Requisito para simples pagamento da rede fiscalizadora de energia elétrica: N° 017.981.401



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JUVINA EVANGELISTA DUARTE  
RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA S/N  
BOUSA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/696132-0

## REFERÊNCIA

JAN/2019

## APRESENTAÇÃO

04/01/2019

## CONSUMO

1038

## VENCIMENTO

11/01/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 951,53

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



CONTAGUÁ AGUA

JUVINA EVANGELISTA DUARTE

Roteiro: 01-177-010-1720

8361000009-7 51530054000-8 05961322019-8 01500177919-3

## VENCIMENTO

11/01/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 951,53

## MATRÍCULA

696132-2019-01-6



21 MAR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 14:45:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011314454515900000036588827>

Número do documento: 21011314454515900000036588827



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-022-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/SIBLITECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.633/98.

Pelo exposto, eu Carlos Ademir Veras Pinheiro  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 973.419.833 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Maria Joanny Abrantes Vieira inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.982.274 / 78  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da vítima Maria Joanny Abrantes Vieira  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.982.274 / 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. José Facundes de Lira</u>	Número: <u>S/N</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Gato Preto</u>	Cidade: <u>Sousa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>verasdpvrat@hotmail.com</u>	CEP: <u>58800000</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 9.998.4307</u>

Local e Data: Sousa-PB, 20/03/2019

Carlos Ademir Veras Pinheiro  
Assinatura do Declarante

21 MAR. 2019

DLDR1.001 V001/2017

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria do Socorro Gonçalves Vieira,  
RG nº 33.92.631, data de expedição 10/12/05,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 092.622.474-35,  
com domicílio na cidade de Sousa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Proptada, nº S/N,  
complemento 1, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Maria Janny Abrantes Vieira, cujo o condutor era  
Mateus Virgíneo Moraes.  
Veículo: Honda/Pop100 Modelo: 2009 Ano: 2008  
Placa: MOU3695/PB Chassi: 3C2HB02109R010864  
Data do Acidente: 14/12/2018

Local e Data:

Sousa - PB, 18/03/2019

Maria do Socorro Gonçalves Vieira  
Assinatura do Declarante



Mateus Virgíneo Moraes  
Assinatura do Condutor

( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



**JOSÉ NEVES MOREIRA**  
Serviço Notarial e Registral  
Título: Del. Paulo Henrique Rodrigues Neves  
Rua Segunda Colônia do Carvão, 04 - Centro - Sousa/PB  
CNPJ 06860-030 - Fone: (31) 3351-0073

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....  
MARIA DO SOCORRO GONÇALVES VIEIRA.....  
Em test. de verdade, Sousa-PB 15/03/2019 09:22:17  
FRANCISCO DE SOUSA PEDROSA NETO - ESCRIVENTE  
CPF 045231700-08 RG 91.449.988-0, 29/03/2018 18:05:30  
SELLO DIGITAL: WIR24072-NES  
Confira a autenticidade em <https://sello.tjpb.jus.br>



**Francisco de S. Pedrosa Neto**  
Escrivente Autorizado  
3º Ofício - Sousa-PB

21 MAR. 2019



**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Data: 31/12/18	ID da Ocorrência: 040	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 22:29 Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: Maria Jaine Abromes Vieira			Idade: 50	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Telefone:	
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:			Logradouro: BR 030		Bairro:	Médico Regulador: Dr. Rodrigo
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): HRS			Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): Dr. Danilo Queiroga G. Batista MÉDICO CRM-PR 14.073			

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

<input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo:	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> SINECO-OBSTÉTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem:
<b>CAUSAS EXTERNAS</b> > Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:			Responsável:
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:			Hospital de Destino: Responsável:
		<b>ANTECEDENTES</b> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo	
		Quais?	

**1 - DADOS VITAIS**

PA: 90x60 FC: FR: HGT: SpO2 - S/O2: 97% SpO2 - C/O2:

**EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA**

Paciente vítima de queda de moto, encostada em decúbito ventral presa entre galhos, consciente, orientada, apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), afundado SSVU, AVP, imobilização curativa e imobilização do HRS.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: Queda de moto fêmur (D)

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro: 13:05 atendimento p/ queda de moto no local. Paciente consciente, orientada em decúbito ventral entre galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, seguindo protocolo de RPA e AVP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: Remover p/ HRS.

BRF - CANS 9127

21 MAR. 2019



## 2 - VIA AÉREA

☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

### 2.1 - VENTILAÇÃO:

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

### 2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

### 2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito fétido

### 3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

### 3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☐ Sim - Local: \_\_\_\_\_

### 3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

### 3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

### 3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

### 4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL \_\_\_\_\_

### 5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal \_\_\_\_\_ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

### PROCEDIMENTOS

<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

### MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

*SORO fisiológico os equipo manométrico os glicos 20 os  
ampolhos de dipirona os xeringa 10 ml os PD, ataduras*

### PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não

☐ Sim

Objetos: \_\_\_\_\_

Entregues a / Local: \_\_\_\_\_

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: *Suelio*

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

TEC. ENFERMAGEM: *Ricely Duarte*

COREN: *Ricely Duarte de Brito*

ENFERMEIRO(A): *M<sup>re</sup> Betânia S. Santos*

COREN: *3.815.715-TE*

MÉDICO(A): \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

*M<sup>re</sup> Betânia S. Santos*  
Enfermeira  
COREN PB 501542

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: \_\_\_\_\_ RG. / CPF: \_\_\_\_\_

21 MAR. 2018



MAT: 132.002

Nome: M<sup>re</sup> Jeanny Clementes Lima Bloco:          Apt.:          Leito:           
D.N.: 04/06/1967 Est. Civil: mt Resp.: F<sup>ra</sup> Clementes L. Lima  
Rua: Engenheiro Carlos P. d. A. Cidade: Joazeira Est.: PB  
Médico Assistente:          Clínica:           
Data de Internação: 15/12/2018 Peso:          Temperatura:          P.A.:         

ANAMNESE:

MIOM no MID

Queixa Principal:

Apresenta no MID

História da Doença Atual:

Apresenta de um episódio no BR-231  
relatando uma lesão no membro superior direito  
e fratura fechada do Fêmur direito

EXAME FÍSICO:

Boa forma geral  
Exame  
apresenta  
Boa aparência  
Cravado - Fratura do Fêmur (D)

DIAGNÓSTICO:

Fratura fechada do Fêmur direito

Procedimento:

(D)

C.T.P.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha  
MÉDICO  
CRM-PB 7034 CRM-RN 4228

21 MAR. 2019



MAT.: 132.593

Nome: Mario Spanny C. Vieira Bloco: Apt.: Leito:  
D.N.: 04 / 06 / 98 Est. Civil: D. Resp.: Feo. Libranes J. Vieira  
Rua: Sítio Riacho dos Médicos Cidade: Sousa Est.: PB.  
Médico Assistente: Dr. Diego Santiago Clínica: Cirúrgico  
Data da Internação: 29 / 01 / 2019 Peso: Temperatura: P.A.:

## ANAMNESE:

Queixa Principal:

Fistula em g. prox. coxa @.

História da Doença Atual:

Pós op. de fêmur @ 40 dias.  
Com boa sam de Anh / Jk  
necrose nro.

## EXAME FÍSICO:

BEG, Glasgow 15

NVE.

necrose nro = fistula proximal  
sem necrose paratonta.

## DIAGNÓSTICO:

FRATURA FÊMUR proximal @ - Pós op.  
40 dias.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 10832 REG: 15149

21 MAR. 2019



*[Handwritten signature]*

Hospital:

**Casa de Saúde Bom Jesus Ltda.**

Nome do Paciente:

*Maria Jeanny Abrantes*

Nº Prontuário:

Data Operação:

*19/12/2018*

Enf.: *0*

Leito:

Cirurgião:

*Dr. Diego*

1º Auxiliar:

*Dr. Diego*

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

*Dr. Albert*

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório:

*Font. do osso direito.*

Tipo de Operação:

*RAFI (Fótor ultramedular)*

Diagnóstico Pré-Operatório:

*O. mesmo*

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

*na*

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

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

1. Fete em *drôg* sob *Acutone*

2. *ATAAC*

3. incisão por ao grande trocânter com exposição do osso.

4. Entrada ao canal medular ao nível do grande trocânter com punção manual.

5. Passagem de fio guia, tentativa de redução a fôco fechado onde não foi conseguido fora fôco fechado incisão pl redução sob palpeira e retirada de Casa de Botas

6. Passagem canal femoral até fôco n.º 10, tentado a 11,5, mas não houve progresso

**RELATÓRIO DE CIRURGIA**

21 MAR 2019

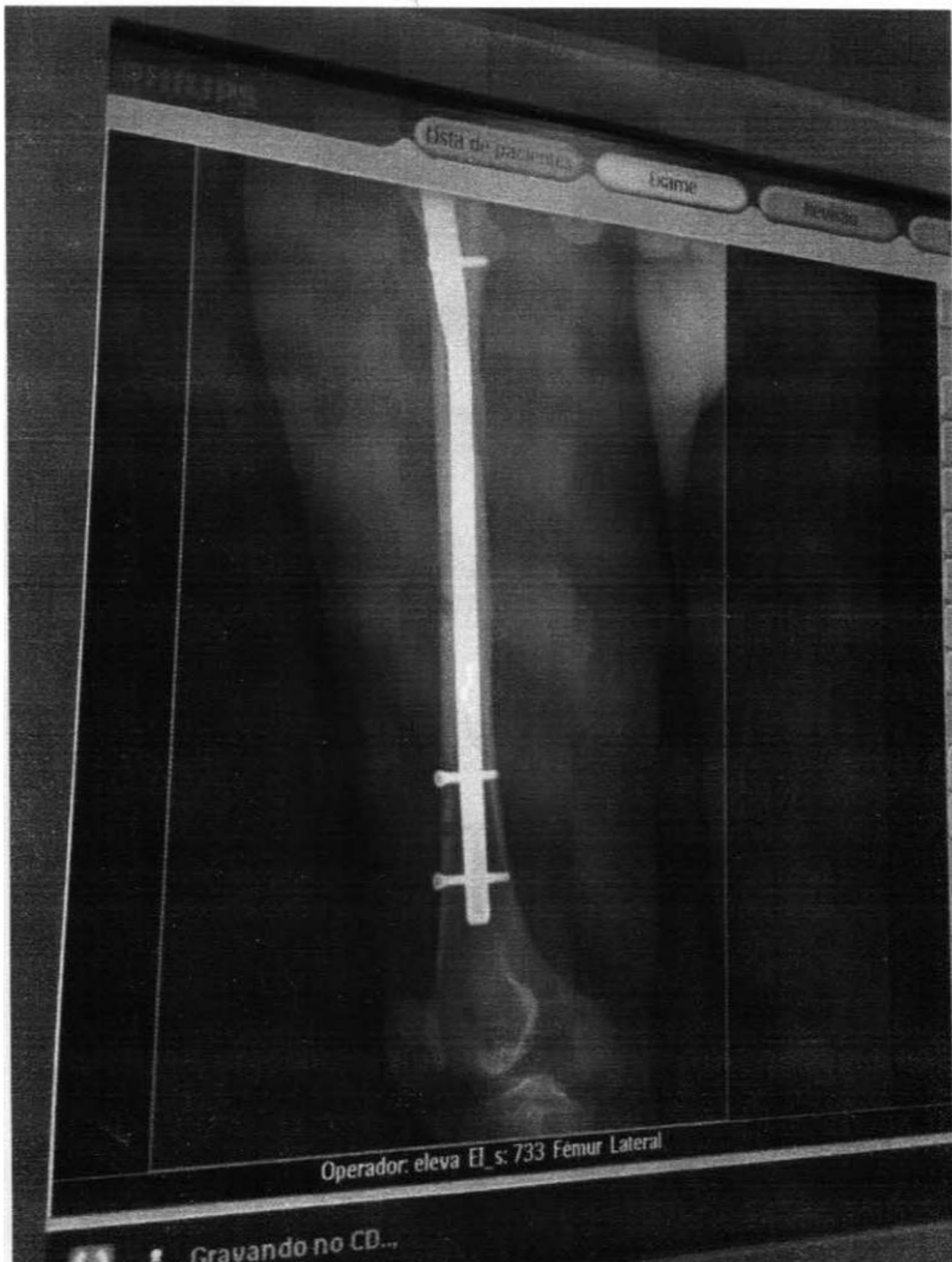
Qualificação Médica - Título/PB 3071.1515 (171.025)



7. Parâmetro de tutor em 2º 10x34  
com Bloqueio prox (1 prof) e distal 2 profs  
Quais? - pelo escopo =  
8. Entende por planos  
9. Curativo compressivo.
- mag.

21 MAR. 2019





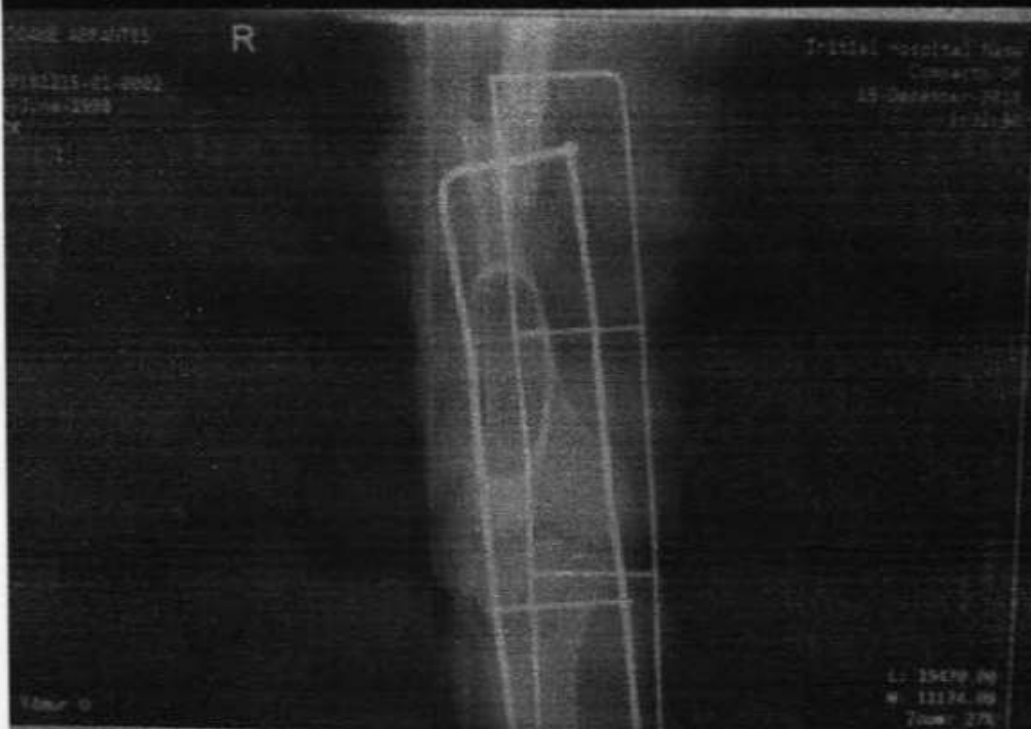
21 MAR. 2019





21 MAR. 2019





21 MAR. 2019







# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA *mat. fêmea*

Nome: Maria Rosângela Albano Vieira  
Sexo: feminino Data de Nascimento: 24/06/98  
Endereço: R. Carlos Pires de Sá, n.º 166 - São José - Manaus  
Fone: 98339-1513 Médico: Dr. Tiago  
Convênio: Particular Data: 19/12/18

Anamnese: paciente vitrea, queda de peso  
há 5 dias, após trauma com A.T.D.  
escoriações pelo corpo.

Antecedentes Pessoais e Familiares: nda.

Exame Físico: Bela ativa 102 expulsa  
escoriações pelo tronco, membros e  
massas.  
por deformidade cefálica e  
enchaimento do abd. com sinais de  
fome.

Exames Complementares: Rx.

Diagnóstico: Fmt de fêmea D Ao 32A2

Tratamento: do Quirúrgico com fixação

Endereço: Manaus - Rua: 1111 - 1111 - 1111

M 12486

21 MAR. 2019

EVOLUÇÃO

*Dr. Tiago*  
Médico Responsável





Estado da Paraíba  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Cor: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_

Enfermaria: \_\_\_\_\_

Categoria: \_\_\_\_\_

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

Dado 1000 1000 24h  
Depressão 1 10 01h  
Transtorno de 10 01h  
Clonazepam 40 10 01h  
Som 30 10 01h  
Normal 1 10 01h  
Omeprazol 40 10 01h  
e 10  
5000

Dr. Diogo S. Santiago  
Osteopata e Terapeuta  
CNPJ 10931801-00000000

21 MAR. 2019







# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

SOUSA - PB

## EVOLUÇÃO

Nome:

DATA	HORA	
19/12		Paciente submetida a 1 <sup>o</sup> e 2 <sup>o</sup> curativos para debridamento da ferida. Ferida 10x8cm. Bloqueio prox e distal. Dose 10x8cm. Bloqueio P. 1 e Bloqueio D. 2.
		Obs: Durante abertura da cavidade metatarsal proximal (cavidade muito estreita), houve lesão a cortical medial do fêmur, com fratura local (falsa trajetória da fura), o que ocorreu por comprometimento no enchimento, o que de estabilização conseguida neste implante.
		7 <sup>o</sup> DP.O
21/12		Paciente evolui bem, sem dor importante. Curativa Fontana no local fixa e estável. Evolui importante em todo o abd, espinal e pelvis e perna. Com observação 24h.
		2 <sup>o</sup> DP.O
21.12.18		Paciente segue estável e sem dor. Apresenta 1 <sup>o</sup> grau febril em 14h de ontem e não mais, melhora contínuo. Sem dor significativo. Fo limpa. Inscrever de queda.

21 MAR 2019





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

Manoel Joany Alves

Idade:

Cor:

Enfermarias:

07

Leito:

03

Categoria:

7000

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

Manoel Joany A. Vianna

1) Vitelo 1000 1000 1000

2) Vitelo 1000 1000 1000

3) Vitelo 1000 1000 1000

4) Vitelo 1000 1000 1000

5) Vitelo 1000 1000 1000

6) Vitelo 1000 1000 1000

7) Vitelo 1000 1000 1000

8) Vitelo 1000 1000 1000

9) Vitelo 1000 1000 1000

10) Vitelo 1000 1000 1000

11) Vitelo 1000 1000 1000

12) Vitelo 1000 1000 1000

13) Vitelo 1000 1000 1000

14) Vitelo 1000 1000 1000

15) Vitelo 1000 1000 1000

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PA 10932 15119

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PA 10932 15119

Dr. Antonio Enas de Brito  
MEDICO - Cirurgião  
CRM/PA 10932 15119

21 MAR 2019





# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

NOME: Alana Kennedy Ribeiro Vieira LEITO: 10

## FOLHA DE PRESCRIÇÃO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES
19/12	1. Dilt Zero, Líquido Ambr 13h.	
	2. STQ 9 1500ml w 818h.	10 18 06
31/12	3. Dymenon sul w 616h	12 18 24 06
01-11-16	4. Tifal 20mg w 12/12h	12 24
*	5. Cefazolin 1g w 818h	14 22 06
	6. Tyndem 200mg w 818h	14 22 06
	7. Cloran 4mg 8x 1x	16
	8. 8m	
20/12	1. Dilt Zero	Dilt Zero 1200ml
	2. STQ 9 1500ml w 818h.	14 22 06
17:15	3. Dymenon sul w 616h	12 18 24 06
TAX-3804	4. Tifal 20mg w 12/12h	12 24
	5. Cefazolin 1g w 818h	14 22 06
	6. Karelto 15mg w 6 1x	12
	7. 8m	

21 MAR. 2019





## RELATÓRIO MÉDICO

SOUSA/PB,

12 de abril 2019.

**Paciente Joanny Abrantes Vieira, vítima de acidente motociclistico - tipo colisão moto x animal - no dia 14.12.2018 com ocorrência registrada (boletim de número: 021/19). Em decorrência do evento traumático apresentou fratura fechada de fêmur direito - parte proximal.**

**Ao exame físico: apresentando cicatriz em região lateral do fêmur, joelho e pé direitos (região proximal e distal do fêmur D). Refere ainda: claudicação e dor a mobilização, equilíbrio estático e dinâmico alterados. Rotação interna e externa do quadril alterada. Alteração da marcha, marcha claudicante. Flexão do joelho D e extensão alterada. Dificuldade para subir e descer escadas. Adução e abdução- alteradas. Em posição ortostática, quando se aplica força sobre o joelho comprometido, a mesma não consegue manter-se ereta;**

**Do exposto, concluo que existe limitação de 60% da capacidade funcional do MID, tais movimentos avaliados durante o exame físico, comprometendo assim a execução de movimentos finos e das atividades laborais, acarretando assim dano a qualidade de vida, sendo necessário auxílio de terceiros para os AVD's (atividades da vida diária).**

*Dr. Jefferson Venicius A. Pontes*  
Médico Clínico  
CRM: 9447 - PB

JEFFERSON VENICIUS ANDRADE PONTES  
CRM/PB: 9447

Telefone: (83) 999471638  
jeffersonvapontes@hotmail.com  
Rua Joao Mavino Filho,30 - Estação - Sousa - PB

15 ABR. 2019



**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Data: 31/12/18	ID da Ocorrência: 040	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora da Saída da Base: 22:24 Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: Maria Jume Abontes Vieira			Idade: 20	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Telefone:	
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieiraópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: BR 230			Bairro:	Médico Regulador: Dr. Roberto		
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apolo no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): HRS				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): Dr. Danilo Queiroga G. Batista MÉDICO CRM-PB 40.673		

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

<input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo:	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem:
<b>CAUSAS EXTERNAS</b> <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:			Responsável:
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:			Hospital de Destino: Responsável:
			<b>ANTECEDENTES</b> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de Uso Contínuo
			Quais?

**1 - DADOS VITAIS**

PA: 90x60 FC: FR: HGT: SpO2 - S/O2: 97% SpO2 - C/O2:

**EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA**

Paciente vítima de queda de moto, encontrada em decúbito ventral presa entre galhos, consciente, orientada, apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), feridas SSVU, AVP, imobilização curativa e conduzida ao HRS.

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:**  
Diagnósticos de Enfermagem: Queda de moto Fêmur (D)  
Intervenções:  
Evolução do Enfermeiro: 15h30s acionada p/ queda de moto no local. Paciente consciente orientada em decúbito ventral nos galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, feita imobilização protocolo de APH e AVP.

**ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**  
Conduzir p/ HRS.

SBF - Cad 1021

21 MAR. 2019



MAT.: 132.007

Nome: M<sup>te</sup> Jeanny Alcantares Lima Bloco: Apt.: Leito:  
D.N.: 04/06/1968 Est. Civil: MT Resp.: F<sup>ra</sup> Alcantares J. Lima  
Rua: Engenheiro Carlos P. de A. Cidade: Bousa Est.: PB  
Médico Assistente: Clínica:  
Data de Internação: 15/12/2018 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE: *Prisão no MID*

Queixa Principal: *Dificuldade de respirar*

História da Doença Atual: *Apresenta de insuportável no dia 23/11/2018  
relatando uma sensação de falta de ar, com  
fratura fechada do fêmur direito*

EXAME FÍSICO: *em boas condições  
- Exame  
- Ausculta  
- H. pulmonar  
- Craxiões - fêmur do fêmur (D)*

DIAGNÓSTICO: *Prisão fechada do fêmur direito*  
Procedimento: *(P.T.)*  
C.I.D. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
Dr. Denis Rocha  
MÉDICO  
CRM-PB 7044 CRM-RN 4228

21 MAR. 2019



MAT.: 132.593

Nome: Mario Janny C. Vieira Bloco: Apt.: Leito:  
D.N.: 04/06/98 Est. Civil: Resp.: J. Libranes J. Vieira  
Rua: Sítio Riacho dos Médicos Cidade: São Est.: PB.  
Médico Assistente: Dr. Diego Santiago Clínica: Cirúrgico  
Data da Internação: 29/01/2019 Peso: Temperatura: P.A.:

## ANAMNESE:

Queixa Principal: Fístula em g. prox. coxa @.

## História da Doença Atual:

Pós op. de fêmur @ 40 dias.  
Com boa cicatriz de 10 cm.  
Necrose no local.

## EXAME FÍSICO:

BEG, Glasgow 15  
NVE.  
Necrose no local = fístula proximal  
sem necrose purulenta.

## DIAGNÓSTICO:

FRATURA FÊMUR proximal @ - Pós op.  
40 dias.

## Procedimento:

C.I.D.

## CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 10822 TERT: 15349

21 MAR. 2019



*[Handwritten signature]*

Hospital: **Casa de Saúde Bom Jesus Ltda.**

Nome do Paciente: *Maria Joanny Abrantes* Nº Prontuário:

Data Operação: *19/02/2018* Enf.: *0* Leito:

Cirurgião: *Dr. Thiago* 1º Auxiliar: *Dr. Diego*

2º Auxiliar: 3º Auxiliar: Instrumentador:

Anestesia: *Dr. Albert* Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório: *Foro do queixo direito.*

Tipo de Operação: *RAFI (tutor intramedular)*

Diagnóstico Pré-Operatório: *O. mesmo*

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato: *na*

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

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

1. *fêl em direção do Acetone*
2. *ATAAC*
3. *incisão por ao grande trocânter com exposição do Menisco.*
4. *Entrada ao Canal Medular ao nível do Grande trocânter com punhador manual.*
5. *Passagem de fio guia, testagem de redução a focos fechados onde após nos conseguimos fazer furos pequenos no menisco pt redução do palpeço e redução de cara de botas*
6. *passagem canal femoral ali fixa no 6 tentado a 11,5, mas nos houve progressos*

**RELATÓRIO DE CIRURGIA** 21 MAR. 2018

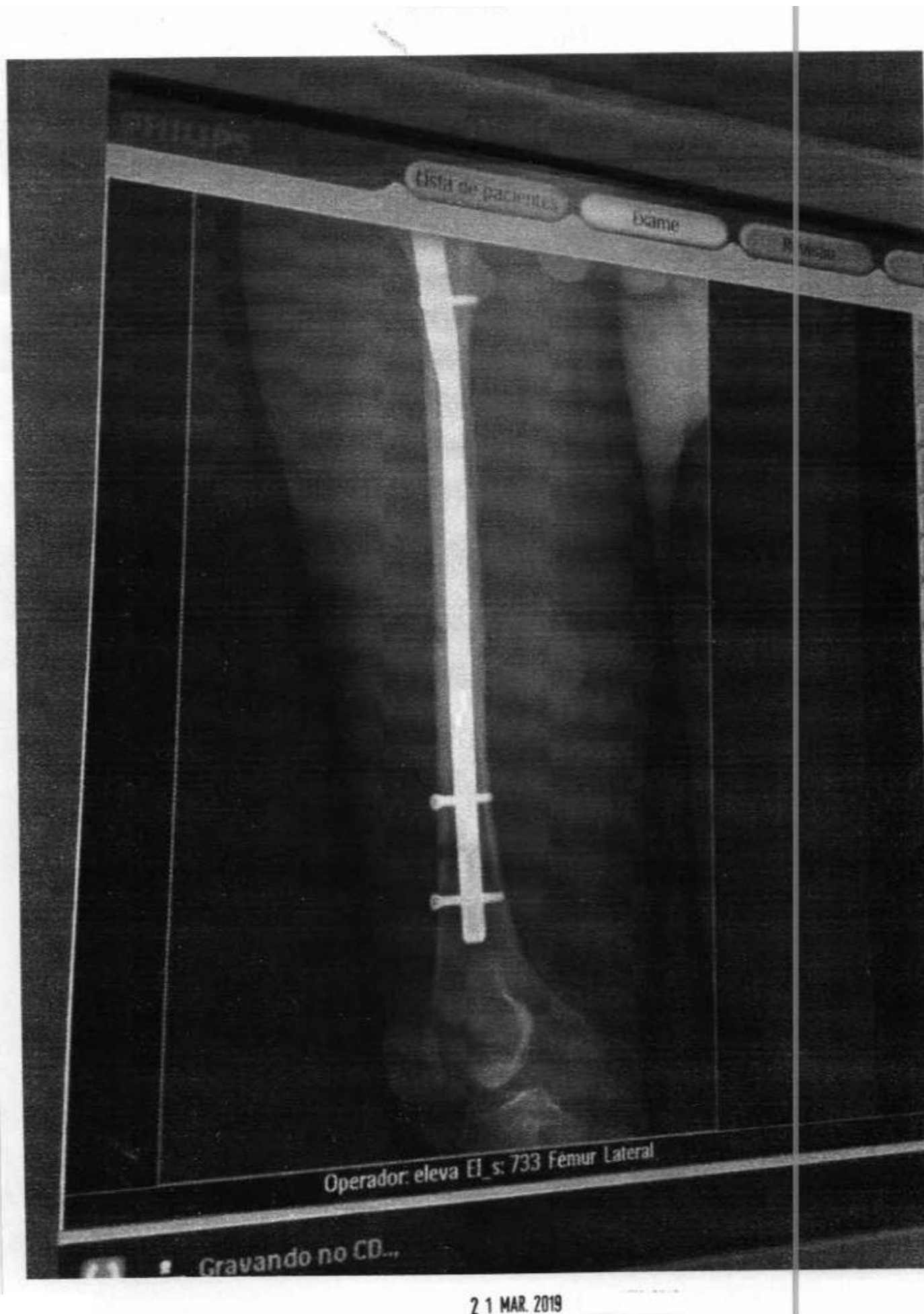


7. Paragem de tutor suu 10x34  
com Bloqueio prox (1 prof) e distal 2 prof.  
Quais? - Seis incisões =  
8. Sutura por planos  
9. Curativo compressivo.

mag.

21 MAR 2019





21 MAR. 2019





EXAME DEFRONTES

R

PT02215-01-0002  
Tomo-1978

Tratado Hospital de

Comparto 04

15-Dezembro-2018

11:42:40

Filmar 0

L: 15479.00  
W: 11174.00  
Zoom: 2.75

21 MAR. 21





21 MAR 2





# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA

Med. Femin

Nome: Maria Fanny Albano Vieira

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 24/06/98

Endereço: R. Carlos Pires de Sá, n° 166, São José - Moura

Fone: 98339-1513

Médico: Dr. Tiago

Convênio: Particular

Data: 19/12/18

Anamnese:

Paciente vítima de queda de moto há 5 dias, com traços de at. d. Escoriações pelo corpo.

Antecedentes Pessoais e Familiares:

nda

Exame Físico:

Bela ativa 102 expulsa  
Escoriações pelo tronco, membros e  
mãos.

Por deformidade, captação e  
encontro de at. d. com traço de  
fratura.

Exames Complementares:

Rx

Diagnóstico:

Frnt de fêmur D Ao 32A2

Tratamento:

o Quirurgia com fixação

Gratuito Maternidade - Anexo 09 0521.2525 (170843)

M 12486

21 MAR 2019

Médico Responsável

EVOLUÇÃO





## Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Lucas Idade: 10 Cor: Verde Enfermaria: 13 Leito: 13 Categoria: 13

[illegible]

Juliana Barba Fiala: CADIMA 1459

21 MAR. 2019



Hospital		HRS	
Nome do Paciente			Nº Prontuário
M <sup>a</sup> Joanny A. Vilela			132 593
Data Operação	29.1.19	Enf.	Leito
Operador		1.º Auxiliar	
Dr. Diego			
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar		Instrumentador
Anestesista	Tipo de Anestesia		
Dr. Tônio			
Diagnóstico Pré-Operatório			
Pós-op. tardio fêmur (D).			
(Fístula) - Secção nova			
Tipo de Operação			
Limpeza e Remoção fístula.			
Diagnóstico Pós Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<p>Pct. DDR @ Riquionário</p> <p>Arrepsio e onfirepsio</p> <p>Colocação com os esfereis</p> <p>Remoção de fístula e nova acotriz.</p> <p>Secção mínima qtda em local novo.</p> <p>5/1 pun.</p> <p>5/1 oiz. - limpeza.</p> <p>Hemostasia plena.</p> <p>Sutura por plomaf.</p> <p>Curativo expul.</p> <p>As curado em F.</p>
<p>Dr. Diego S. Simão</p> <p>Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM 122.252-15</p>

21 MAR. 2019





# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

SOUSA - PB

## EVOLUÇÃO

Nome:

DATA	HORA	
19/12		Paciente submetida a 1 <sup>o</sup> Curiagem por quem 3. Pede 1 <sup>o</sup> 1 <sup>o</sup> 1 <sup>o</sup> , bloqueio prox e distal. Haste 10x24. Bloq P. 1 e Bloq D. 2
		Obs: Durante abertura da canal metálica proximal (canal finito estrut), para colocação de implante fixa, houve lesão a cortical medial do furo, com fratura local (falso trajeto da furadeira), o que ocorreu por comprometimento no eixo o furo de estabilização consequente neste implante.
		7 <sup>o</sup> DP.O
21/12		Paciente evolui bem sem dor importante. Curva Fontene no teste de flexão. Ainda importante em todo abd, espinal e pelvis e para: 2 <sup>o</sup> observação 24h
		7 <sup>o</sup> DP.O
23.12.18		2 <sup>o</sup> DP.O Paciente segue estável e sem dor. Apresenta 1 <sup>o</sup> grau febre em 14h de enferm e na man, melhora tempo. Sem dor significativo. Fo limpa. Inconsciente de queda.

21 MAR 2010

Gratias Merges 2021-01-10 10:00:00





Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Nome:

Manoel Gomes Duarte

Idade:

Cor:

Enfermaria:

07

Leito:

05

Categoria:

Público

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

Doi Johnny A. Vieira

1) Dito 112  
2) 01% 1000 24h

3) Amoxiclav 400 B 12h

4) Tildem 200 B 12h

5) Naproxen 500 B 6h

6) Nuveton 8 B 6h 5h

7) Omeprazol 20 B 1x/dia

8) Acoluto 140

9) A.C.G

10) 5500

12h

22-10

22-10

22-10

22-10

22-10

22-10

22-10

22-10

22-10

22-10

22-10

22-10

22-10

22-10

22-10

22-10

22-10

21 MAR 2019

Dr. Diego S. Santiago  
Otorrinolaringologia e Traumatologia  
CRM/PA 10932 TECT 15119

Dr. Diego S. Santiago  
Otorrinolaringologia e Traumatologia  
CRM/PA 10932 TECT 15119

Dr. Antonio Ennes de Brito  
MEDICO - CRM 2142  
CRO 088.744.04-87

Dr. Antonio Ennes de Brito  
MEDICO - CRM 2142  
CRO 088.744.04-87

Cartões Sem Fim - C





# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

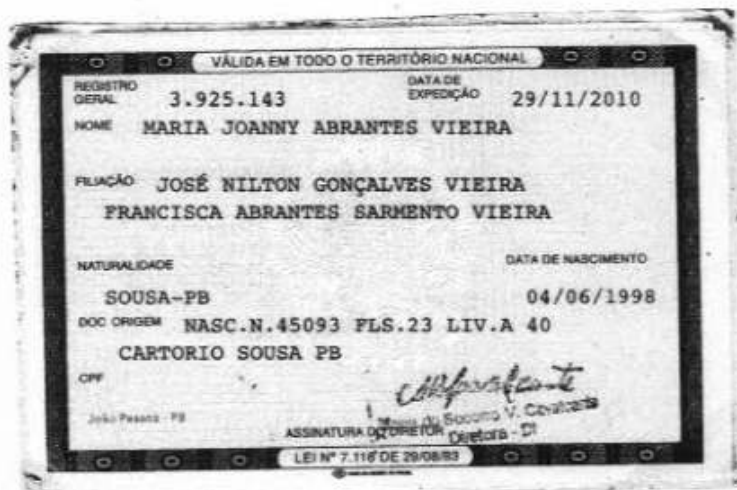
NOME: Alane Janny Liberto Vieira - LEITO: 10

## FOLHA DE PRESCRIÇÃO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES
19/12	1. Dile Zero, Líquido Ambr 13h.	
	2. SFO, 9h 500ml w 8h.	10 18 06
31/12	3. Dimpura 2ml w 6h	12 18 24 06
01-11/160	4. Tifal 2mg w 12h	12 24
	5. Cefazolin 1g w 8h	14 22 06
	6. Nafedion 2mg w 8h	14 22 06
	7. Clorazepato 15mg 1x	16
	8. 8m	
20/12	1. Dile Zero	Dile Zero 1200ml
	2. SFO, 9h 500ml w 8h.	14 22 06
17/12	3. Dimpura 2ml w 6h	12 18 24 06
TAX-3804	4. Tifal 2mg w 12h	12 24
	5. Cefazolin 1g w 8h	14 22 06
	6. Nafedion 2mg w 8h	
	7. Clorazepato 15mg 1x	12
	8. 8m	
	mag	

21 MAR. 2019





21 MAR. 2019



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

**CARLOS ADRIER VERAS PINHEIRO**

**875039321**

**04522381397**

**23/09/2018**

**29/11/2008**

**SEN OBSERVAÇÃO:**

**03/10/2013**

**03003876578**

**CE137831269**

**DETRAN-CE (CLARA)**

21 MAR. 2019





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190214088 **Cidade:** Marizópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 1/3 PROXIMAL DO FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190214088 **Cidade:** Marizópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO FÊMUR DIREITO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO QUADRIL GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA DO QUADRIL GRAU I, CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM USO DE MULETA.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 07/05/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MID, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MID.

### 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 médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Maria Joanny Abrantes Vieira  
RG: 3925143 Órgão Emissor: SSP/PB CPF: 107.982.274-78  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Reverso  
Endereço: Rua Dr. Carlos Pires Nº 31N  
Bairro: São José Cep: 58804-200 Cidade/UF: Sousa/PB  
Telefone: (83) 9.8181-8197 ( ) ( )

### OUTORGADO:

Nome: Carlos Ademir Veras Pinheiro  
RG: 2001097006008 Órgão Emissor: SSP/CE CPF: 923.419.833-53  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Empresário  
Endereço: Rua José Rodrigues de Faria Nº 31N  
Bairro: Cato Preto Cep: 58800000 Cidade/UF: Sousa/PB  
Telefone: (83) 9.9919-4307 ( ) ( )

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

Vítima: Maria Joanny Abrantes Vieira  
CPF: 107.982.274-78 Data do Acidente: 14/12/2018  
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

Sousa-PB, 20/02/2019  
Local e data

3º OFÍCIO  
JUSA-PB



Maria Joanny Abrantes Vieira

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

21 MAR. 2019



J.S. Pedrosa Neto



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095793/19

Número do Sinistro: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

CPF: 107.982.274-78

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 14/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOANNY  
ABRANTES VIEIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/04/2019  
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO  
CPF: 973.419.833-53

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL





Presidência da República  
Secretaria de Micro e Pequena Empresa  
Secretaria de Racionalização e Simplificação  
Departamento de Registro Empresarial e Integração  
Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

NIRE (DA SEDE OU DA FILIAL QUANDO A SEDE FOR EM OUTRA UF)

33.3.0028479-6

Nome fantasia

Sociedade anônima

Porte Empresarial

Normal

Mostrar Protocolo

00-2018/017153-4

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERJA

Último Arquivamento:

00003131303 - 18/12/2017

NIRE: 33.3.0028479-6

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Órgão	Calculado	Pago
Junta	570,00	570,00
DREI	21,00	21,00

Boleto(s): 102595004

Hash: ECC52023-0730-4232-8033-7CC9943DA9D4



## REQUERIMENTO

Ilmo Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

### SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

Código do Ato	Código Evento	Qtde.	Descrição do ato / Descrição do evento
017	999	1	Ata de Reunião do Conselho de Administração / Ata de Reunião do Conselho de Administração
XXXX	XXXX	XXXX	XX
XXXX	XXXX	XXXX	XX
XXXX	XXXX	XXXX	XX
XXXX	XXXX	XXXX	XX

#### Representante legal da empresa

Local	Nome:	
	Assinatura:	
	Telefone de contato:	
Data	E-mail:	
	Tipo de documento:	Híbrido
	Data de criação:	24/01/2018
	Data da 1ª entrada:	



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 33.3.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo.

Pág. 2/13



JUCERJA  
Assinado Eletronicamente



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/01/2021 14:45:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011314454620300000036588828>

Número do documento: 21011314454620300000036588828

Num. 38365329 - Pág. 1

**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.**

NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2017**

**1. DATA, HORA E LOCAL:** Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, na Rua da Assembleia, nº 100 - 26º andar – Sala de Reunião do Conselho de Administração, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

**2. CONVOCAÇÃO:** Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 07 de dezembro de 2017.

**3. PRESENÇA:** Presentes os conselheiros titulares: Roberto Barroso, Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre, Rosana Techima Salsano, Ivan Luiz Gontijo Júnior, Alfredo Lalia Neto, Marcelo Goldman, Bernardo Dieckmann, João Gilberto Possiede, Nicolás Jesus Di Salvo, Paulo de Oliveira Medeiros, João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo e Paulo Augusto Freitas de Souza, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia. Presentes, ainda, os conselheiros suplentes Leonardo F. Semenovitch, Sidney Aparecido Pariz, Anderson Fernandes Peixoto e Maurício Bernardes, que, por força da presença dos respectivos Conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias da ordem do dia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia.

**4. MESA:** Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

**5. ORDEM DO DIA:** deliberar sobre:

- (i) reeleição de Diretores Estatutários; e
- (ii) eleição de membro para o Comitê de Auditoria.

**6. DELIBERAÇÕES:** Iniciados os trabalhos pelo item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reeleger para um mandato de 01 (um) ano os seguintes membros da Diretoria da Companhia: (a) **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor Presidente da Companhia; (b) **HELIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor sem designação específica da

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 1 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA8220CFDE4B56AFAD5ECP8FPD5CF68740F233E496AFDA80E1F88

Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pág. 3/13



Companhia; e (c) **CRISTIANE FERREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, securitária, titular do documento de identidade nº 16.482.014-0, expedido pela SSP-SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.179.048-09, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretora sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia, permanecendo nos respectivos cargos até a investidura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crimes previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (ii) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, rerratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

N	MEMBRO	RCA	MANDATO	FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP
1	José Ismar Alves Tôrres	14.12.2017	13.12.2018	Diretor Presidente
2	Helio Bitton Rodrigues	14.12.2017	13.12.2018	sem função específica
3	Cristiane Ferreira da Silva	14.12.2017	13.12.2018	Diretor responsável técnico (Circular SUSEP nº 234/03 e Resolução CNSP nº 321/15) (executiva ou operacional)
4	Milton Bellizia	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional)
				Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional)
				Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)
5	Andrea Louise Ruano Ribeiro	15.02.2017	14.02.2018	Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP nº 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle)
				Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 2 de 3

*[Assinaturas manuscritas]*



**7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA:** Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

**8. ASSINATURAS:** A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), Bernardo Dieckmann (ass.), João Gilberto Possiede (ass.), Nicolás Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

Certifico que a presente é cópia fiel da Ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de Administração da Companhia.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
Roberto Barroso  
Presidente

  
Isabella Maria Azevedo da Cunha  
Secretária

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 3 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018  
CERTIFICADO DE ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.  
Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4856AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8  
Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pág. 5/13



SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Rua Presidente Alfonso Lopes, nº 25, apto 402 – Lagoa, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22071-050, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
JOSE ISMAR ALVES TORRES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro	
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A	
NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018	
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.	
Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56A7ADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1FB8	
Para validar o documento acesse <a href="http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital">http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital</a> , informe o nº de protocolo. Pag. 8/13	



SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

HÉLIO BITTON RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Rua Visconde de Pirajá, 228, apto 203, Ipanema, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22410-000, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 60-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018  
CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.  
Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4B56AFAD5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA30E1FB8  
Para validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pág. 10/13







4996507

**ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLEIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016**

**"SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**

**ESTATUTO SOCIAL**

**CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO**

**Artigo 1º** – A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

**Artigo 2º** – A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

**Artigo 3º** – A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

**Artigo 4º** – A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

**CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES**

**Artigo 5º** – O capital social é de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

**Parágrafo Primeiro** – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

**Artigo 6º** – Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

**CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL**

**ARTIGO 7º** – A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 1 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE920B296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996508

**ARTIGO 8º** - A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

**Parágrafo Primeiro** - A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

**Parágrafo Segundo** - A mesa da Assembleia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

**Parágrafo Terceiro** - Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembleias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

**Parágrafo Quarto** - Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, 1/4 (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

**Parágrafo Quinto** - As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

**Parágrafo Sexto** - Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de 2/3 (dois terços) das ações ordinárias.

#### CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA

**ARTIGO 9º** - A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

**Parágrafo Primeiro** - Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

**Parágrafo Segundo** - O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

**Parágrafo Terceiro** - As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 2 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996509

**Parágrafo Quarto** – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

**Parágrafo Quinto** – Caberá à Assembléia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

## CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

**ARTIGO 10** – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

**Parágrafo Segundo** – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

**Parágrafo Terceiro** – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembléia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

**ARTIGO 11** – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

**ARTIGO 12** – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

**ARTIGO 13** – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

**Parágrafo Primeiro** – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

**Parágrafo Segundo** - Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 3 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



convocada.



4996510

**Parágrafo Terceiro** - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

**ARTIGO 14** - O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

**Parágrafo Segundo** - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou e-mail a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

**Parágrafo Terceiro** - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

**ARTIGO 15** - Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 4 de 10

Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996511

g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;

h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;

i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;

k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;

m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;

n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;

o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;

p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;

q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;

r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;

s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;

t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.

u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e

v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86683B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996512

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.

**ARTIGO 16** – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

- a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;
- b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;
- c) dar o voto de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e
- d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

**Parágrafo Único** – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

#### **CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA**

**ARTIGO 17** – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

**ARTIGO 18** - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

**Parágrafo único** - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.

#### **CAPÍTULO VI - DIRETORIA EXECUTIVA**

**ARTIGO 19** - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia

**Parágrafo Primeiro** – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

**Parágrafo Segundo** – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 6 de 10

  
Bernardo F. S. Derwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996513

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.

**ARTIGO 20** – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

- a) administrar os bens e serviços da Companhia;
- b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;
- d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;
- f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- g) elaborar e escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

**ARTIGO 21** - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 7 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016





4996514

c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;

d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;

e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;

f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;

g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e

i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

**ARTIGO 22** – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

**Parágrafo Primeiro** – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;

b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

**Parágrafo Segundo** – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

## CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL

**ARTIGO 23** – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 8 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C88883B2947C61B477D798CBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2018





4996515

**Parágrafo Primeiro** – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

**Parágrafo Segundo** – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

## **CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS**

**ARTIGO 24** – O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

**ARTIGO 25** – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

- a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;
- b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;
- c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

**ARTIGO 26** – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

**Parágrafo Único** – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

**ARTIGO 27** – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

**Parágrafo Único** – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

## **CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO**

**ARTIGO 28** – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 9 de 10

  
Bernardo F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 48F9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



de março de 1967.



4996516

## XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

**ARTIGO 29** - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

**ARTIGO 30** - A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

**ARTIGO 31** - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

**Parágrafo Único** - Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

**ARTIGO 32** - Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja."

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 10 de 10

  
Bernardo F. S. Benwanger  
Secretário Geral


Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002958803 - 11/10/2016



## PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435; **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731; **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.

  
**JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**  
DIRETOR PRESIDENTE

  
**HÉLIO BITTON RODRIGUES**  
DIRETOR

<b>17º Ofício de Notas DA CAPITAL</b>	<b>Tabelião: Carlos Alberto Firmo Oliveira</b>	<b>ADBZB690</b>
<b>Reconheço por AUTENTICAÇÃO as firmas de: HELIO BITTON RODRIGUES e JOSE ISMAR ALVES TORRES (X00000524453)</b>	<b>Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 21037-5000</b>	<b>088674</b>
<b>Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018.</b>	<b>Conf. por: Serventia T. H. FUNDOS</b>	<b>CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ</b>
<b>Em testemunho da verdade.</b>	<b>Total</b>	<b>Paula Cristina A. D. Gaspar</b>
<b>Paula Cristina A. D. Gaspar - Aut.</b>		<b>3.9% Escrevente</b>
<b>ETUP-56891 H01, ETUP-56892 H01</b>		<b>10796-48062 série 09077 ME</b>
<b>https://www3.tirri.jus.br/sitepublico</b>		<b>Aut. 20.5.3º Lei 8.936/94</b>



**SUBSTABELECIMENTO**

Na qualidade de procurador da **SEGURADORA LIDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º andar – Centro – RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado pelo **Dr. JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção de São Paulo, sob o número 111.807 e no CPF/MF sob o nº 110.916.708-38, doravante denominada Outorgante, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, aos quais, independentemente de ordem ou nomeação, conferem plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *Ad Judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações e recursos competentes e defender a Outorgante nos contrários, usando de todos os recursos legais, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, conciliar nos termos dos artigos 105 e seguintes do Código de Processo Civil, nomear prepostos para representá-la judicialmente, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos para o fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer, tudo

Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Líder DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.



com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, ficando, desde já, **VEDADO** receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº09. 248.608/0001-04 nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 01 de abril de 2018.

**JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**  
OAB/SP 111.807



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA

7ª VARA MISTA

Rua Francisco Vieira da Costa, s/n, Raquel Gadelha, CEP 58800970

e-mail [sza.7vara@tjpb.jus.br](mailto:sza.7vara@tjpb.jus.br); telefone (83)35226602

**PROCESSO** 0807444-16.2020.8.15.0371

[Acidente de Trânsito]

**AUTOR** MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

**RÉU** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

ATO ORDINATÓRIO

ATO ORDINATÓRIO, praticado nos termos da Portaria n° 01/2018, de 24 de julho de 2018, QUE DISPÕE ACERCA DOS ATOS ORDINATÓRIOS, da lavra do Juiz de Direito VINICIUS SILVA COELHO, c/c o art. 203, §4º do CPC:

**Art. 7º.** No processo de conhecimento pelo procedimento comum, apresentada a contestação, o servidor intimará o autor para RÉPLICA, no prazo de **15 (quinze) dias**, (art. 350 e 351,

CPC/2015).

SOUSA, DATA DO PROTOCOLO ELETRÔNICO.

ANA CLAUDIA R S ABRANTES

Técnica Judiciária





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA

7ª VARA MISTA

Rua Francisco Vieira da Costa, s/n, Raquel Gadelha, CEP 58800970

e-mail [sza.7vara@tjpb.jus.br](mailto:sza.7vara@tjpb.jus.br); telefone (83)35226602

<b>PROCESSO</b>	0807444-16.2020.8.15.0371
	[Acidente de Trânsito]
<b>AUTOR</b>	MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA
<b>RÉU</b>	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

#### EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO - RÉPLICA

DE ORDEM DO MM. JUIZ DE DIREITO EM EXERCÍCIO NESTA UNIDADE JUDICIÁRIA, BEM COMO NOS TERMOS DA PORTARIA Nº 01/2018 C/C O NOVO CPC (ART. 203, §4º, QUE DISPÕE SOBRE OS ATOS ORDINATÓRIOS), INTIMO A PARTE PROMOVENTE, POR SEU ADVOGADO, PARA RÉPLICA A CONTESTAÇÃO, NO PRAZO LEGAL.

SOUSA, 14 DE JANEIRO DE 2021

ANA CLAUDIA R.S.ABRANTES

Técnica Judiciária



ANEXO





N° DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	N° DA CONTA JUDICIAL
0		30/12/2020	759	4800132233400
DATA DA GUIA	N° DA GUIA	N° DO PROCESSO	TRIBUNAL	TIPO DE JUSTIÇA
29/12/2020	2775203	08074441620208150371	TRIBUNAL DE JUSTICA	ESTADUAL
COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
SOUSA	7 VARA	RÉU	200,00	
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A		Jurídica	09248608000104	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA		Física	10798227478	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
410363334AE219BA				
CÓDIGO DE BARRAS				





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO 1 VARA MISTA DA COMARCA DE SOUSA/PB

Processo: 08074441620208150371

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,  
Pede Juntada.

SOUSA, 5 de janeiro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
OAB/PB 4246-A

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
15477 - OAB/PB



## DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO JUNTADOS NA CONTESTAÇÃO



Em anexo.



**AO JUÍZO DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOUSA/PB.**

**PROCESSO Nº: 08074441620208150371**


**MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**, devidamente qualificada nos autos da **Ação de Cobrança**, que corre perante este R. Juízo, tendo como promovido **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, na pessoa de seu representante legal, por seus procuradores e advogados que ao final assina, com endereço constante no timbre da presente peça, vem à presença de Vossa Excelência apresentar **IMPUGNAÇÃO A CONTESTAÇÃO** nos seguintes termos:

**I - DA SÍNTESE DA DEMANDA E REALIDADE DOS FATOS**

Excelência a demanda versa sobre a cobrança dos valores residuais devidamente corrigidos pertinentes ao sinistro ocorrido com o Promovente conforme atestam os documentos em anexo.

Conforme relatado, a autora foi vítima de grave acidente de trânsito, ocasião que sofreu **TRAUMA NO FÊMUR E CRÂNIO, ALÉM DE ESCORIAÇÕES PELO CORPO**, portanto, quanto a graduação, tem que ser levada em conta a sua debilidade atual e suas sequelas permanentes, indenizando assim de forma correta e não do jeito que entende a seguradora ser o ideal.

**As provas constituintes do direito do Autor já estão devidamente juntadas nos autos, nos termos do art. 373, I, do CPC**, alegando apenas a Promovida, de

Av. João Machado, 553, 4º andar, sala 404, Plaza Center, Centro, João Pessoa/PB – Fone: (83)  9.8608-3304 / (83) 9.9857-7835, e-mail: [fariasdesousaadv@gmail.com](mailto:fariasdesousaadv@gmail.com)



forma genérica, um direito que ela sabe que está sendo violado, deixando o autor desamparado, sem ter alternativa, a não ser, propor a ação.

A Seguradora Ré que procedeu com o pagamento da verba indenitária na esfera administrativa, **no importe de apenas R\$ R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais)**, restando ainda ser pago **a diferença de diferença de R\$ 18.225,00 (dezoito mil, duzentos e vinte e cinco reais)**, conforme o grau da invalidez permanente apontado.

## II - DA TEMPESTIVIDADE

A presente impugnação está em consonância com o disposto no art. 218, § 4º do CPC, uma vez que a ciência ocorreu em 25/01/2021 com prazo final em 17/02/2021, portanto, **TOTALMENTE TEMPESTIVA.**

## III - DA AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML

Quanto à ausência de laudo do IML, o IPC desta cidade não está procedendo com perícias com intuito de pedido DPVAT, cabendo então perícia técnica judicial específica para fornecer tal laudo. Assim, **não merece ser acolhida aos argumentos protelatórios e genéricos do Promovido.**

## IV - DA INCAPACIDADE DO AUTOR - NECESSIDADE DE PERÍCIA MÉDICA

Excelência o intuito da propositura da ação é para que seja realizada a perícia médica na parte Autora e que seja constatado pelo perito judicial o real grau de lesão e incapacidade da vítima de acidente.



Diante disso, requer que o indeferimento de envio dos autos ao IML para perícia, já que existem peritos cadastrados neste Tribunal com a devida marcação de data para realização do ato a se comprovar o alegado na inicial.

**V - DA APLICABILIDADE DAS SÚMULAS 474 E 544 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA - INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - NECESSIDADE DE GRADUAÇÃO DA LESÃO**

Alega a Ré que nos casos de invalidez permanente há que se apurar o grau da lesão suportada pela vítima, mediante laudo médico pericial exarado pelo IML, podendo ser total ou parcial e, se parcial, completa ou incompleta, afirmando ainda, que a parte Autora não faz *jus* a verba indenizatória integral, referente à indenização de seguro DPVAT, visto tratar-se o caso em questão de **invalidez parcial**.

De forma contrária, resta devidamente **comprovada à invalidez permanente** conforme laudos juntados capazes de aferir a extensão do dano sofrido pelo Autor.

**VI - DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

Alega a Seguradora Ré que procedeu com o pagamento da verba indenitória na esfera administrativa, no importe de **R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais)**, relativo ao **SINISTRO 3190214088**.

Observa-se por sua vez que tal alegação deve ser indeferida, vez que a parte **Autora tem direito aos valores residuais relativos à perda anatômica e/ou funcional completa de estrutura crânio- facial + perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores, uma vez que essa foi paga de forma arbitrária sem análise as diretrizes da Tabela.**



## VII - DA INCAPACIDADE DO AUTOR - NECESSIDADE DE PERÍCIA MÉDICA

Excelência o intuito da propositura da ação é para que seja realizada a perícia médica na parte Autora e que seja constatado pelo perito judicial o real grau de lesão e incapacidade da vítima de acidente.

Diante disso, requer que o indeferimento de envio dos autos ao IML para perícia, já que existem peritos cadastrados neste Tribunal com a devida marcação de data para realização do ato a se comprovar o alegado na inicial.

## VIII- DA PREVISÃO LEGAL PARA PAGAMENTO INDENIZATÓRIO

A seguradora sustenta que aplicou o que determina a tabela de gradação do seguro DPVAT e que está dentro da normalidade. Que o percentual pago foi o correto não existindo mais o que se requerer.

Inconformada a parte Autora diante da sua debilidade permanente, **requer a análise do perito judicial para a constatação do saldo residual de sua invalidez**, portanto, há a necessidade de **determinação de perícia médica**.

Há pleno conhecimento e entendimento que o Promovente receberá pela proporção de sua lesão, mas esta será esclarecida pelo perito judicial, portanto, requer que sejam **rechaçados os argumentos do promovido que a indenização já foi integralmente paga**.

No pagamento proporcional e administrativo, não satisfeito o autor em virtude da sequela e no que reza a tabela de gradação do seguro DPVAT, propôs a presente demanda para que seja **realizada a perícia médica e constatado assim o seu grau residual de incapacidade para então ser indenizado integralmente**.



## IX - DA CORREÇÃO MONETÁRIA E DOS JUROS

No tocante a correção monetária, esta deve ser procedida **desde o efetivo evento danoso** nos termos da Súmula 580 do STJ.

No tocante **aos juros, os mesmos devem ser pagos desde a citação** nos termos da **Súmula 426 dos STJ**.

## XI - DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS


Alega a Ré que a verba honorária sucumbencial é pertinente apenas em casos determinados, os quais não refletem o caso vertente, uma vez que nem mesmo a sucumbência é devida na presente lide, em caso de eventual condenação das reclamadas quanto aos pedidos encartados na prefacial.

Nota-se que **tal alegação não deve prosperar**, vez que o Autor preenche os requisitos da Assistência Judiciária Gratuita e devem ser **concedidos os honorários ao patrono da parte autora com base no arts. 85 e 98 do Código de Processo Civil**, segundo a qual, **são devidos Honorários Advocatícios em face do trabalho despendido para detentor da Assistência Jurídica Gratuita**.

## XI - DOS PEDIDOS

Requer, portanto que se digne Vossa Excelência em **determinar a marcação de perícia médica**, para comprovar os fatos alegados na inicial e também na **PROCEDÊNCIA TOTAL** da demanda o que se faz por cumprir a real justiça e direito que a promovente possui.

Assim, devidamente impugnada, requer que sejam **rechaçadas as informações postas na peça de bloqueio da promovida**.

Av. João Machado, 553, 4º andar, sala 404, Plaza Center, Centro, João Pessoa/PB – Fone: (83)  9.8608-3304 / (83) 9.9857-7835, e-mail: [fariasdesousaadv@gmail.com](mailto:fariasdesousaadv@gmail.com)




Requer então o promovente que seja o promovido intimado ao recolhimento das custas de honorários periciais e a designação de data para o comparecimento e constatação do grau de invalidez suportado pelo autor.

Que todas as preliminares e informações dadas pela Seguradora sejam desacolhidas, **julgando-se o processo totalmente procedente nos termos da petição inicial.**

Nestes termos,  
Aguarda deferimento.  
João Pessoa, data da assinatura digital.

**Dayane Nunes Ramos**  
OAB/PB 27.489

**Felipe Eduardo Farias De Sousa**  
OAB/PB 25.251

Av. João Machado, 553, 4º andar, sala 404, Plaza Center, Centro, João Pessoa/PB – Fone: (83)  9.8608-3304 / (83) 9.9857-7835, e-mail: [fariasdesousaadv@gmail.com](mailto:fariasdesousaadv@gmail.com)



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA

7ª VARA MISTA

Rua Francisco Vieira da Costa, s/n, Raquel Gadelha, CEP 58800970

e-mail [sza.7vara@tjpb.jus.br](mailto:sza.7vara@tjpb.jus.br); telefone (83)35226602

<b>PROCESSO</b>	0807444-16.2020.8.15.0371
	[Acidente de Trânsito]
<b>AUTOR</b>	MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA
<b>RÉU</b>	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

ATO ORDINATÓRIO

Nos termos do art. 203, §4º do CPC/2015 c/c a Portaria 02/2018, da lavra do MM. Juiz de Direito desta Vara e ainda com o art. 102 da DOUTA CGJPB, nomeado o perito do juízo o(a) médico(a) DR(A). **DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO**, ficou designada a realização da perícia para o dia trinta e um de maio de dois mil e vinte e um (**31/05/2021**), **A PARTIR DAS 08:30 HORAS, NO FÓRUM LOCAL**, ficando o perito já ciente, por contado telefônico.

Finalmente, providenciei nesta data as intimações das partes para comparecerem ao ato, no local, data e hora determinada.

Sousa-PB, 28 de abril de 2021.

Francisca de Paula Celeste de Sá Resende Marques  
Tec. Judiciário



Mat. 4781341





ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE SOUSA  
7ª VARA

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

0807444-16.2020.8.15.0371

AUTOR: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251, DAYANE NUNES RAMOS - PB27489

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Advogado do(a) REU: SUELIO MOREIRA TORRES - PB15477

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) de todo o teor do ato ordinatório em anexo, servindo o mesmo como expediente de intimação, na forma do art. 102 do Código de Normas da CGJPB.

Sousa(PB), 28 de abril de 2021

FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES



Assinatura eletrônica





ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE SOUSA  
7ª VARA

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

0807444-16.2020.8.15.0371

AUTOR: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251, DAYANE NUNES RAMOS - PB27489

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Advogado do(a) REU: SUELIO MOREIRA TORRES - PB15477

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) de todo o teor do ato ordinatório em anexo, servindo o mesmo como expediente de intimação, na forma do art. 102 do Código de Normas da CGJPB.

Sousa(PB), 28 de abril de 2021

FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES



Assinatura eletrônica





ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE SOUSA  
7ª VARA

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

0807444-16.2020.8.15.0371

AUTOR: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251, DAYANE NUNES RAMOS - PB27489

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Advogado do(a) REU: SUELIO MOREIRA TORRES - PB15477

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) de todo o teor do ato ordinatório em anexo, servindo o mesmo como expediente de intimação, na forma do art. 102 do Código de Normas da CGJPB.

Sousa(PB), 28 de abril de 2021

FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES



Assinatura eletrônica





ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE SOUSA  
7ª VARA

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

0807444-16.2020.8.15.0371

AUTOR: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251, DAYANE NUNES RAMOS - PB27489

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Advogado do(a) REU: SUELIO MOREIRA TORRES - PB15477

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) de todo o teor do ato ordinatório em anexo, servindo o mesmo como expediente de intimação, na forma do art. 102 do Código de Normas da CGJPB.

Sousa(PB), 28 de abril de 2021

FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES



Assinatura eletrônica





7ª Vara Mista de Sousa

Rua Francisco Vieira da Costa, S/N, Raquel Gadelha, SOUSA - PB - CEP: 58804-725

()

Nº do processo: 0807444-16.2020.8.15.0371

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

## MANDADO DE INTIMAÇÃO (AUTOR)

**PERÍCIA 31/05/2021 às 8H30**

O MM. Juiz de Direito da 7ª Vara Mista de Sousa manda ao oficial de justiça que em cumprimento a este, intime a parte autora:

**N o m e :**                      **M A R I A**                      **J O A N N Y**                      **A B R A N T E S**                      **V I E I R A**

**Endereço:** Rua Dr. Carlos Pires, 166, São José, SOUSA - PB - CEP: 58804-510

,para comparecer a perícia agendada para o dia trinta e um de maio de dois mil e vinte e um (**31/05/2021**), **a partir das 8:30 horas, no fórum local**, devendo comparecer munidos de documentos pessoais e exames/laudos médicos para subsidiar a perícia.

Advirta-se que, em virtude da crise sanitária provocada pela COVID-19, deverá obedecer às seguintes regras: 1) o uso de máscara é obrigatório; 2) é vedado a entrada de acompanhantes, salvo quando o periciado apresentar incapacidade por debilidade de locomoção ou o periciado for menor de idade.

SOUSA, 28 de abril de 2021.

De ordem, Francisca de Paula Celeste de Sá Resende Marques

Mat.4781341



## **CERTIDÃO**

Certifico para os devidos fins que dei inteiro cumprimento ao presente mandado. Dou fé.

29 de abril de 2021

JOSE CARLOS BENTO DOS SANTOS





7ª Vara Mista de Sousa  
Rua Francisco Vieira da Costa, S/N, Raquel Gadelha, SOUSA - PB - CEP: 58804-725  
( )

Nº do processo: 0807444-16.2020.8.15.0371  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

## MANDADO DE INTIMAÇÃO (AUTOR)

**PERÍCIA 31/05/2021 às 8H30**

O MM. Juiz de Direito da 7ª Vara Mista de Sousa manda ao oficial de justiça que em cumprimento a este, intime a parte autora:

Nome: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Endereço: Rua Dr. Carlos Pires, 166, São José, SOUSA - PB - CEP: 58804-510

,para comparecer a perícia agendada para o dia trinta e um de maio de dois mil e vinte e um (31/05/2021), a partir das 8:30 horas, no fórum local, devendo comparecer munidos de documentos pessoais e exames/laudos médicos para subsidiar a perícia.

Adverta-se que, em virtude da crise sanitária provocada pela COVID-19, deverá obedecer às seguintes regras: 1) o uso de máscara é obrigatório; 2) é vedado a entrada de acompanhantes, salvo quando o periciado apresentar incapacidade por debilidade de locomoção ou o periciado for menor de idade.

SOUSA, 28 de abril de 2021.

De ordem, Francisca de Paula Celeste de Sá Resende Marques

Mat.4781341

*Maria Joanny Abrantes Vieira*



Assinado eletronicamente por: FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA  
RESENDE MARQUES

[https://pje.tjpb.jus.br/pje/Painel/painel\\_usuario/documentoHTML.seam?conversationPropagation=none&idBin=40320451&idProcessoDoc=42374...](https://pje.tjpb.jus.br/pje/Painel/painel_usuario/documentoHTML.seam?conversationPropagation=none&idBin=40320451&idProcessoDoc=42374...) 1/2

Digitalizado com CamScanner



AUTORA CIENTE





Poder Judiciário da Paraíba  
7ª Vara Mista de Sousa

Rua Francisco Vieira da Costa, S/N, Raquel Gadelha, SOUSA - PB - CEP: 58804-725

---

**Número do Processo: 0807444-16.2020.8.15.0371**  
**Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**  
**Assunto: [Acidente de Trânsito]**  
**Polo ativo: AUTOR: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**  
**Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**

### **CERTIDÃO**

Certifico, de ordem do MM Juiz de Direito em exercício nesta unidade judiciária, que em virtude do agravamento da crise sanitária provocada pela COVID-19, neste município, as perícias médicas agendadas para o dia 31 de maio de 2021, não serão realizadas. Certifico ainda que as perícias serão reagendadas para data oportuna, com intimações necessárias.

Certifico e dou fé.

SOUSA, 28 de maio de 2021  
FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA

7ª VARA MISTA

Rua Francisco Vieira da Costa, s/n, Raquel Gadelha, CEP 58800970

e-mail [sza.7vara@tjpb.jus.br](mailto:sza.7vara@tjpb.jus.br); telefone (83)35226602

<b>PROCESSO</b>	0807444-16.2020.8.15.0371
	[Acidente de Trânsito]
<b>AUTOR</b>	MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA
<b>RÉU</b>	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

ATO ORDINATÓRIO

ATO ORDINATÓRIO, praticado nos termos da Portaria nº 01/2018, de 24 de julho de 2018, QUE DISPÕE ACERCA DOS ATOS ORDINATÓRIOS, da lavra do Juiz de Direito VINICIUS SILVA COELHO, c/c o art. 203, §4º do CPC, pratico o seguinte ato:

1 - Ante o teor da certidão retro, elaboro o expediente de intimação na forma que segue.

SOUSA, DATA DO PROTOCOLO ELETRÔNICO.

Francisca de Paula Celeste de Sá Resende Marques

TÉCNICO JUDICIÁRIO – MAT. 4781341





ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE SOUSA  
7ª VARA

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

0807444-16.2020.8.15.0371

AUTOR: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251, DAYANE NUNES RAMOS - PB27489

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Advogado do(a) REU: SUELIO MOREIRA TORRES - PB15477

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) que em virtude do agravamento da crise sanitária provocada pela COVID-19, neste município, as perícias médicas agendadas para o dia 31 de maio de 2021, não serão realizadas. Outrossim, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) que as perícias serão reagendadas para data oportuna, com intimações necessárias.

Sousa(PB), 28 de maio de 2021

FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES

Assinatura eletrônica







ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE SOUSA  
7ª VARA

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

0807444-16.2020.8.15.0371

AUTOR: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251, DAYANE NUNES RAMOS - PB27489

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Advogado do(a) REU: SUELIO MOREIRA TORRES - PB15477

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) que em virtude do agravamento da crise sanitária provocada pela COVID-19, neste município, as perícias médicas agendadas para o dia 31 de maio de 2021, não serão realizadas. Outrossim, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) que as perícias serão reagendadas para data oportuna, com intimações necessárias.

Sousa(PB), 28 de maio de 2021

FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES

Assinatura eletrônica







ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE SOUSA  
7ª VARA

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

0807444-16.2020.8.15.0371

AUTOR: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251, DAYANE NUNES RAMOS - PB27489

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Advogado do(a) REU: SUELIO MOREIRA TORRES - PB15477

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) que em virtude do agravamento da crise sanitária provocada pela COVID-19, neste município, as perícias médicas agendadas para o dia 31 de maio de 2021, não serão realizadas. Outrossim, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) que as perícias serão reagendadas para data oportuna, com intimações necessárias.

Sousa(PB), 28 de maio de 2021

FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES

Assinatura eletrônica







ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE SOUSA  
7ª VARA

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

0807444-16.2020.8.15.0371

AUTOR: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251, DAYANE NUNES RAMOS - PB27489

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Advogado do(a) REU: SUELIO MOREIRA TORRES - PB15477

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) que em virtude do agravamento da crise sanitária provocada pela COVID-19, neste município, as perícias médicas agendadas para o dia 31 de maio de 2021, não serão realizadas. Outrossim, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) que as perícias serão reagendadas para data oportuna, com intimações necessárias.

Sousa(PB), 28 de maio de 2021

FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES

Assinatura eletrônica





AGUARDANDO NOVA DESIGNAÇÃO.



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA

7ª VARA MISTA

Rua Francisco Vieira da Costa, s/n, Raquel Gadelha, CEP 58800970

e-mail [sza.7vara@tjpb.jus.br](mailto:sza.7vara@tjpb.jus.br); telefone (83)35226602

<b>PROCESSO</b>	0807444-16.2020.8.15.0371
	[Acidente de Trânsito]
<b>AUTOR</b>	MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA
<b>RÉU</b>	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

ATO ORDINATÓRIO

Nos termos do art. 203, §4º do CPC/2015 c/c a Portaria 02/2018, da lavra do MM. Juiz de Direito em exercício nesta unidade judiciária, art. 102 da douda CGJPB, fica nomeado como perito do juízo o(a) médico(a) Dr. DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO ([diegosantiago\\_medicina@hotmail.com](mailto:diegosantiago_medicina@hotmail.com); 83-996814345, Rua José Anacleto, 271, Uiraúna-PB), para fins de realização de perícia já determinada pelo magistrado em decisão anterior.

Outrossim, de ordem do MM. Juiz, a perícia médica restou designada para o dia: **27/08/2021, a partir das 09h30, no FÓRUM local**, ficando já ciente o perito, por meio de contato telefônico com a chefia do cartório.

Em cumprimento a designação, providencio nesta data as intimações das partes para comparecerem ao ato, no local, data e hora determinados, informando que em virtude da crise sanitária provocada pelo COVID-19, as partes deverão obedecer às seguintes regras: uso obrigatório de máscara sendo vedada a entrada de acompanhantes, salvo para periciando com incapacidade por debilidade de locomoção ou menor de idade.

Sousa/PB, 02 de agosto de 2021.

Francisca de Paula Celeste de Sá Resende Marques

Mat. 4781341







7ª Vara Mista de Sousa

Rua Francisco Vieira da Costa, S/N, Raquel Gadelha, SOUSA - PB - CEP: 58804-725

( )

Nº do processo: 0807444-16.2020.8.15.0371

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

## MANDADO INTIMAÇÃO AUTOR

**( PERÍCIA - 27/08/2021, a partir das 09h30)**

O MM. Juiz de Direito da 7ª Vara Mista de Sousa manda ao oficial de justiça que em cumprimento a este, intime a parte autora:

N o m e : M A R I A J O A N N Y A B R A N T E S V I E I R A

Endereço: Rua Dr. Carlos Pires, 166, São José, SOUSA - PB - CEP: 58804-510  
, para comparecer a perícia médica agendada para o dia **27/08/2021, a partir das 09h30, no FÓRUM** local, devendo comparecer munidos de documentos pessoais, exames/laudos médicos para subsidiar a perícia.

Adverta-se que em virtude da crise sanitária provocada pelo COVID-19, as partes deverão obedecer às seguintes regras: o uso de máscara é obrigatório; é vedada a entrada de acompanhantes, salvo para periciando com incapacidade por debilidade de locomoção ou menor de idade.

SOUSA, em 2 de agosto de 2021.

De ordem, FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES  
Mat.4781341





ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE SOUSA  
7ª VARA

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

0807444-16.2020.8.15.0371

AUTOR: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251, DAYANE NUNES RAMOS - PB27489

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Advogado do(a) REU: SUELIO MOREIRA TORRES - PB15477

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) da perícia médica designada para o dia **27/08/2021, a partir das 09h30, no FÓRUM local**, bem como de todo o teor do ato ordinatório, ID RETRO, servindo o mesmo como expediente de intimação, na forma do art. 102 do Código de Normas da CGJPB.

Sousa(PB), 2 de agosto de 2021

FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES

Assinatura eletrônica





ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE SOUSA  
7ª VARA

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

0807444-16.2020.8.15.0371

AUTOR: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251, DAYANE NUNES RAMOS - PB27489

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Advogado do(a) REU: SUELIO MOREIRA TORRES - PB15477

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) da perícia médica designada para o dia **27/08/2021, a partir das 09h30, no FÓRUM local**, bem como de todo o teor do ato ordinatório, ID RETRO, servindo o mesmo como expediente de intimação, na forma do art. 102 do Código de Normas da CGJPB.

Sousa(PB), 2 de agosto de 2021

FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES

Assinatura eletrônica





## **CERTIDÃO**

Certifico para os devidos fins, que deixei de intimar a vítima por está viajando, mas sua tia recebeu..

12 de agosto de 2021

MANOEL CAVALCANTE DE ASSIS



09/08/2021

Tribunal de Justiça da Paraíba



7ª Vara Mista de Sousa  
Rua Francisco Vieira da Costa, S/N, Raquel Gadelha, SOUSA - PB - CEP: 58804-725  
( )

Nº do processo: 0807444-16.2020.8.15.0371  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto(s): [Acidente de Trânsito]

### MANDADO INTIMAÇÃO AUTOR

( PERÍCIA - 27/08/2021, a partir das 09h30 ).

O MM. Juiz de Direito da 7ª Vara Mista de Sousa manda ao oficial de justiça que em cumprimento a este, intime a parte autora:  
Nome: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA  
Endereço: Rua Dr. Carlos Pires, 166, São José, SOUSA - PB - CEP: 58804-510  
, para comparecer a perícia médica agendada para o dia 27/08/2021, a partir das 09h30, no FÓRUM local, devendo comparecer munidos de documentos pessoais, exames/laudos médicos para subsidiar a perícia.

Adverta-se que em virtude da crise sanitária provocada pelo COVID-19, as partes deverão obedecer às seguintes regras: o uso de máscara é obrigatório; é vedada a entrada de acompanhantes, salvo para periciando com incapacidade por debilidade de locomoção ou menor de idade.

SOUSA, em 2 de agosto de 2021.

De ordem, FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES  
Mat.4781341



Assinado eletronicamente por: FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA  
RESENDE MARQUES

02/08/2021 15:20:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: 46545993



21080215202299700000044216911

imprimir

X Maria Monte Sarmiento (tio)

[https://pje.tjpb.jus.br/pje/Painel/painel\\_usuario/documentoHTML.seam?conversationPropagation=none&idBin=44216911&idProcessoDoc=46545...](https://pje.tjpb.jus.br/pje/Painel/painel_usuario/documentoHTML.seam?conversationPropagation=none&idBin=44216911&idProcessoDoc=46545...) 1/1





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA**  
**7ª Vara Mista de Sousa**

---

PROCESSO Nº 0807444-16.2020.8.15.0371

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
[Acidente de Trânsito]

AUTOR: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA  
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO**

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA aos presentes autos do(s) documento(s) em anexo.

7ª Vara Mista de Sousa-Pb, 2 de setembro de 2021.

FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES

Técnico Judiciário





- Dor
- Claudicação no MID
- Atrofia muscular na coxa direita
- Discreto encurtamento do MID
- Força muscular grau IV

6) EM VIRTUDE DA EVOLUÇÃO DA LESÃO E/OU DE TRATAMENTO, FAZ-SE NECESSÁRIO EXAME COMPLEMENTAR PARA FINALIZAÇÃO DO LAUDO PERICIAL?

☐ SIM, EM QUE PRAZO:

☒ NÃO

**OBS.: Em caso de enquadramento na opção 'A' do item 5 ou da resposta afirmativa ao item 6, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.**

7) SEGUNDO O PREVISTO NA LEI 11.945 DE 4 DE JUNHO DE 2009 FAVOR PROMOVER A QUANTIFICAÇÃO DA(S) LESÃO(ÕES) PERMANENTE(S) QUE NÃO SEJA(M) MAIS SUSCEPTÍVEL(IS) A TRATAMENTO COMO SENDO GERADORA(S) DE DANO(S) ANATÔMICO(S) E/OU FUNCIONAL(IS) DEFINITIVO(S), ESPECIFICANDO, SEGUNDO O ANEXO CONSTATANTE À LEI 11.945/09, O(S) SEGMENTO(S) CORPORAL(IS) ACOMETIDO(S) E AINDA SEGUNDO O PREVISTO NO INSTRUMENTO LEGAL, FIRMAR A SUA GRADUAÇÃO

SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO: Coxa direita – fêmur

8.1 ☐ TOTAL (DANO ANATÔMICO OU FUNCIONAL PERMANENTE QUE COMPROMETA A ÍNTEGRA DO PATRIMÔNIO FÍSICO E/OU MENTAL DA VÍTIMA)

8.2 ☒ PARCIAL (DANO ANATÔMICO E/OU FUNCIONAL PERMANENTE QUE COMPROMETA APENAS PARTE DO PATRIMÔNIO FÍSICO E/OU MENTAL DA VÍTIMA) –

EM SE TRATANDO DE DANO PARCIAL INFORMAR SE O DANO É: Coxa direita – fêmur

8.1.1 ☐ PARCIAL COMPLETO (DANO ANATÔMICO E/OU FUNCIONAL PERMANENTE QUE COMPROMETA DE FORMA GLOBAL ALGUM SEGMENTO CORPORAL DA VÍTIMA)

8.1.2 ☒ PARCIAL INCOMPLETO (DANO ANATÔMICO E/OU FUNCIONAL PERMANENTE QUE COMPROMETA APENAS EM PARTE A UM (OU MAIS DE UM) SEGMENTO CORPORAL DA VÍTIMA)



- 8) INFORMAR O GRAU DA INCAPACIDADE DEFINITIVA DA VÍTIMA, SEGUNDO O PREVISTO NA ALÍNEA II, § 1º DO ART. 3º DA LEI 6.194/74 COM REDAÇÃO INTRODUZIDA PELO ARTIGO 31 DA LEI 11.945/2009, CORRELACIONANDO O PERCENTUAL AO SEU RESPECTIVO DANO, EM CADA SEGMENTO CORPORAL ACOMETIDO.

SEGMENTO ANATÔMICO	PERCENTUAL DE DANO
1º LESÃO: Coxa direita – fêmur	( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média(X ) 75% Intensa ( ) 100%
2º LESÃO:	( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média( ) 75% Intensa
3º LESÃO:	( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média( ) 75% Intensa
4º LESÃO	( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média( ) 75% Intensa

- 9) HAVENDO DANO CORPORAL TOTAL COM REPERCUSSÃO DA ÍNTEGRA DO PATRIMÔNIO FÍSICO – ASSINALE A OPÇÃO ABAIXO SEMPRE APRESENTANDO A JUSTIFICATIVA MÉDICA PARA ESTE ENQUADRAMENTO.

( ) TOTAL = “100% DA IS”

Sousa-PB, 27 de Agosto de 2021.



**Dr. Diego dos Santos Santiago**  
**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**CRM/PB 10.932 TEOT: 15149**



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA

7ª VARA MISTA

Rua Francisco Vieira da Costa, s/n, Raquel Gadelha, CEP 58800970

e-mail [sza.7vara@tjpb.jus.br](mailto:sza.7vara@tjpb.jus.br); telefone (83)35226602

<b>PROCESSO</b>	0807444-16.2020.8.15.0371
	[Acidente de Trânsito]
<b>AUTOR</b>	MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA
<b>RÉU</b>	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

ATO ORDINATÓRIO

ATO ORDINATÓRIO, praticado nos termos da Portaria nº 01/2018, de 24 de julho de 2018, QUE DISPÕE ACERCA DOS ATOS ORDINATÓRIOS, da lavra do Juiz de Direito VINICIUS SILVA COELHO, c/c o art. 203, §4º do CPC, pratico o seguinte ato:

Art. 13. Apresentado o laudo em cartório pelo perito oficial, o servidor intimará as partes dessa apresentação, para, querendo, no prazo comum de 15 (quinze) dias, manifestarem-se.

SOUSA, DATA DO PROTOCOLO ELETRÔNICO.

Francisca de Paula Celeste de Sá Resende Marques

TÉCNICO JUDICIÁRIO – MAT. 4781341





ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE SOUSA  
7ª VARA

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

0807444-16.2020.8.15.0371

AUTOR: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251, DAYANE NUNES RAMOS - PB27489

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Advogado do(a) REU: SUELIO MOREIRA TORRES - PB15477

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) da juntada do laudo em cartório pelo perito oficial, para, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, manifestar(em)-se.

Sousa(PB), 2 de setembro de 2021

FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES



Assinatura eletrônica





ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE SOUSA  
7ª VARA

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

0807444-16.2020.8.15.0371

AUTOR: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Advogados do(a) AUTOR: JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA - RJ57069, FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA - PB25251, DAYANE NUNES RAMOS - PB27489

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Advogado do(a) REU: SUELIO MOREIRA TORRES - PB15477

EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO

Através do presente expediente, fica(m) Vossa(s) Senhoria(s) intimada(s) da juntada do laudo em cartório pelo perito oficial, para, querendo, no prazo de 15 (quinze) dias, manifestar(em)-se.

Sousa(PB), 2 de setembro de 2021

FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES

Assinatura eletrônica





..



AO JUÍZO DE DIREITO DA 7ª VARA MISTA DA COMARCA DE SOUSA - PB

Processo Nº 0807444-16.2020.8.15.0371

MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA, já qualificada nos autos do processo acima referenciado, vem, por seus advogados que esta subscreve, dizer que concorda com o laudo pericial, no qual foi atribuído o percentual de 75% de dano a autora do teto indenizável, por padecer de INCAPACIDADE PERMANENTE.

Face ao exposto, requer a entrega da prestação jurisdicional, para condenar a seguradora ré a pagar a autora a importância de R\$ 10.125,00 (dez mil cento e vinte e cinco reais), acrescido de juros e correção monetária desde a data do acidente, deduzida a importância já recebida administrativamente, bem como condenar a ré ao pagamento das custas e honorários advocatícios, na forma descrita na peça inicial.

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

Sousa, 15 de setembro de 2021.

José Orisvaldo Brito da Silva

OAB/RJ 57.069

Felipe Eduardo Farias De Sousa

OAB/PB 25.251



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA

7ª VARA MISTA

Rua Francisco Vieira da Costa, s/n, Raquel Gadelha, CEP 58800970

e-mail [sza.7vara@tjpb.jus.br](mailto:sza.7vara@tjpb.jus.br); telefone (83)35226602

<b>PROCESSO</b>	0807444-16.2020.8.15.0371
	[Acidente de Trânsito]
<b>AUTOR</b>	MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA
<b>RÉU</b>	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

ATO ORDINATÓRIO

ATO ORDINATÓRIO, praticado nos termos da Portaria nº 01/2018, de 24 de julho de 2018, QUE DISPÕE ACERCA DOS ATOS ORDINATÓRIOS, da lavra do Juiz de Direito VINICIUS SILVA COELHO, c/c o art. 203, §4º do CPC, pratico o seguinte ato:

1 - Ante a juntada do laudo pericial nos autos, elaboro o expediente na forma determinada no Despacho ID 36272115.

"Juntado aos autos o laudo pericial, expeça-se alvará para liberação dos valores do perito..."

SOUSA, DATA DO PROTOCOLO ELETRÔNICO.

Francisca de Paula Celeste de Sá Resende Marques

TÉCNICO JUDICIÁRIO – MAT. 4781341



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA  
COMARCA DE SOUSA**

**Juízo do(a) 7ª Vara Mista de Sousa**

Rua Francisco Vieira da Costa, S/N, Raquel Gadelha, SOUSA - PB - CEP: 58804-725

Tel.: ( ) ; e-mail:

Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.1.00


**ALVARA JUDICIAL Nº 264 /2021  
PROCESSO Nº 0807444-16.2020.8.15.0371**

O(A) Excelentíssimo(a) Senhor(a) Doutor(a) AGÍLIO TOMAZ MARQUES, Juiz(a) de Direito da 7ª Vara Mista de Sousa, no uso de suas atribuições legais, conforme despacho/sentença de Id 36272115, proferido nos autos do processo acima referenciado, AUTORIZA o BANCO DO BRASIL, pelo presente alvará, a PAGAR ao(à) Sr(a). **DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO**, CPF n.º 058.969.204-66, a quantia de R\$ 200,00 (Duzentos reais), acrescida de juros e correção monetária, que se encontra depositada nessa instituição financeira, referente a guia que segue abaixo, mediante crédito na conta bancária a seguir identificada:

NUMERO E NOME DO BANCO: BANCO DO BRASIL S/A

NUMERO DA AGÊNCIA: 7086-6

NÚMERO DA CONTA: 21268-7

		Nº DA CONTA JUDICIAL 4800132233400	
Nº DA PARCELA 0	DATA DO DEPÓSITO 30/12/2020	AGÊNCIA (PREF / DV) 759	TIPO DE JUSTIÇA ESTADUAL
DATA DA GUIA 29/12/2020	Nº DA GUIA 2775203	Nº DO PROCESSO 08074441620208150371	TRIBUNAL TRIBUNAL DE JUSTIÇA
COMARCA SOUSA	ORGAO/VARA 7 VARA	DEPOSITANTE RÉU	VALOR DO DEPÓSITO (R\$) 200,00
NOME DO RÉU/IMPETRADO SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A		TIPO DE PESSOA Jurídica	CPF / CNPJ 09248608000104
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA		TIPO DE PESSOA Física	CPF / CNPJ 10798227478
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA 410363334AE2198A			
CÓDIGO DE BARRAS			

Deve a aludida instituição financeira proceder em conformidade com a legislação em vigor, dispensada a apresentação de via impressa deste alvará com assinatura física do Juiz, devendo ser verificada a autenticidade desta ordem judicial através do sítio "<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>", bastando, para tanto, ser fornecido o código numérico que se encontra no rodapé deste documento (código de barras). O QUE CUMPRÁ-SE na forma e sob as penas da lei. Dado e passado nesta cidade de SOUSA-PB, e emitido em 21 de setembro de 2021. O presente documento foi redigido pelo(a) servidor(a) FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES, Técnico Judiciário, e assinado eletronicamente pelo(a) Excelentíssimo(a) Senhor(a) Juiz(a) de Direito abaixo discriminado(a).

**AGÍLIO TOMAZ MARQUES**  
Juiz(a) de Direito

1- Havendo coincidência do número do processo, do CPF e do nome da parte beneficiária, eventual divergência em relação ao órgão jurisdicional (juizado) no campo "Órgão/Vara", deverá ser considerada mera irregularidade que não impedirá a liberação do alvará;



2- O presente alvará somente será válido se enviado através do e-mail institucional oficial da unidade judiciária, conforme relação disponibilizada ao Banco do Brasil, em observância aos termos do Ato da Presidência nº 38/2019.





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA**  
**7ª Vara Mista de Sousa**

---

PROCESSO Nº 0807444-16.2020.8.15.0371

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
[Acidente de Trânsito]

AUTOR: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA  
REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO**

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA aos presentes autos do(s) documento(s) em anexo.

7ª Vara Mista de Sousa-Pb, 22 de setembro de 2021.

FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES

Técnico Judiciário




---

**#COVID Alvará P transferência PROCESSO 0807444-16.2020.8.15.0371**

---

**De :** 7ª VARA MISTA DE SOUSA <sou-vmis07@tjpb.jus.br>

Qua, 22 de set de 2021 12:23

 1 anexo

**Assunto :** #COVID Alvará P transferência PROCESSO 0807444-16.2020.8.15.0371

**Para :** age0759@bb.com.br

À Gerência do Banco do Brasil  
Agência Sousa - PB

De ordem do MM Juiz de Direito em exercício nesta unidade judiciária, encaminhamos ALVARA JUDICIAL Nº 264 /2021 PROCESSO Nº 0807444-16.2020.8.15.0371 , para efetivação da transferência da forma determinada, com envio de confirmação.

Atenciosamente,

Francisca de Paula Celeste de Sá Resende Marques  
Técnica Judiciária

---

 **Alvará de Levantamento 264.pdf**  
71 KB

---





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA

7ª VARA MISTA

Rua Francisco Vieira da Costa, s/n, Raquel Gadelha, CEP 58800970

e-mail [sza.7vara@tjpb.jus.br](mailto:sza.7vara@tjpb.jus.br); telefone (83)35226602

<b>PROCESSO</b>	0807444-16.2020.8.15.0371
	[Acidente de Trânsito]
<b>AUTOR</b>	MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA
<b>RÉU</b>	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

### CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO

Certifico que nesta data JUNTEI o documento em anexo.

SOUSA, DATA DO PROTOCOLO ELETRÔNICO.

FABIA ODLAREG MOURA BARBOSA

Técnico Judiciário





(http://www.bb.com.br)

**Comprovante de Resgate de Depósito Judicial**

Comprovante de Resgate Justiça Estadual

-----  
Numero de Protocolo : 00000000054651810  
Processo : 08074441620208150371  
Numero do Alvará : AJ Nº 264/2021  
Data do Alvará : 22/09/2021  
Data do Levantamento : 24/09/2021  
Beneficiário : DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO  
CPF/CNPJ : 058.969.204-66  
Agência do Resgate : 0759 SOUSA  
-----

## DADOS DO RESGATE

Valor do Capital : R\$ 200,00  
Valor dos Rendimentos: R\$ 3,22  
Valor Bruto Resgate : R\$ 203,22  
Valor do IR : R\$ 0,00  
Valor Líquido Resgate: R\$ 203,22

## DADOS DO CRÉDITO

Finalidade : Crédito em C/C BB  
Banco : Banco do Brasil S.A.  
Agência : 7086  
Conta : 00000021268-7  
Titular da Conta : DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO  
CPF/CNPJ : 058.969.204-66  
Valor Liq. Pagamento : R\$ 203,22  
Data do Pagamento : 24/09/2021

## INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Conta Resgatada : 4800132233400  
=====

Autenticação Eletrônica: B64984A44AFEEAF0

Acesse seus comprovantes diretamente no site  
www.bb.com.br, no menu Judiciário > Serviços  
Exclusivos > Depósito Judicial > Comprovantes.  
Clientes BB também podem acessar no Autoatendi-  
mento Pessoa Física e Gerenciador Financeiro.



27/09/2021 09:30

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

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 14098094





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização o 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 inferiores 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: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000038124-8

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00235/00236 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050118



Carta nº 1423728





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 21 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190214088**

**Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

**Data do Acidente: 14/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização o 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 inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000000558**

Conta: **0000038124-8**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	107.982.274-78	Maria Janny Abrantes Vieira
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:	CPF:	
Maria Janny Abrantes Vieira	107.982.274-78	
Profissão:	Número:	Complemento:
Recuso	166	
Endereço:	Cidade:	Estado:
Rua Dr Carlos Pires	Sousa	PB
Bairro:	Cidade:	CEP:
São José	Sousa	58804-200
E-mail:	Tel (DDD):	
Verasdpvat@hotmail.com	(83) 99919-4302	

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

**RENDA MENSAL:**  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0558	CONTA: 38124	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

### 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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Sousa-PB, 20/02/2019	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª   Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
		Assinatura _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª   Nome: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura _____
	Assinatura do Procurador (se houver)	

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

21 MAR. 2019



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190214088  
Nome do(a) Examinado(a): Maria Joanny Abrantes Vieira  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Doutor Carlos Pires 166, S/N  
Sao Jose Sousa PB CEP: 58804-200  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 3925143  
Data local do acidente: [ 14/12/2018 ]  
Data local do exame: [ 07/05/2019 ] Pombal [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DO FÊMUR DIREITO**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 14/12/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO FÊMUR DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE HASTE INTRAMEDULAR MAIS PARAFUSOS DE BLOQUEIO NO DIA 19/12/2018, RECEBEU ALTA APOS 48 HORAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.**  
**Complicações: PACIENTE APRESENTA CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM USO DE MULETA**  
**Data da Alta: 21/12/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO QUADRIL GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA DO QUADRIL GRAU I, CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM USO DE MULETA.**
- IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
☒ (X) Sim ☐ ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?  
☒ (X) Sim ☐ ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM**  
**DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO QUADRIL GRAU II**  
**DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40°**  
**DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU II**  
**DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 15°**  
**DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 10°**  
**DÉFICIT DE FORÇA DO QUADRIL GRAU I**
- Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).  
☐ ( ) "Vítima em tratamento" ☐ ( ) "Sem sequela permanente"  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias* *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |  |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>MEMBRO INFERIOR - Lado Direito</b><br>% do dano: <input type="checkbox"/> ( ) 10% residual <input type="checkbox"/> ( ) 25% leve<br><input checked="" type="checkbox"/> (X) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> ( ) 10% residual <input type="checkbox"/> ( ) 25% leve<br><input type="checkbox"/> ( ) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> ( ) 10% residual <input type="checkbox"/> ( ) 25% leve<br><input type="checkbox"/> ( ) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 100% completo   | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> ( ) 10% residual <input type="checkbox"/> ( ) 25% leve<br><input type="checkbox"/> ( ) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

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





GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
19ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SÃO FRANCISCO-PB.

BOLETIM DE OCORRENCIA POLICIAL Nº 021 - 2019.

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 08-03-2019- Às. 09h28min.

COMUNICANTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA, brasileira, divorciada, agricultora, natural de São Francisco -PB, com 20 anos de idade, CI/RG nº 3925.143 SSDS-PB CPF nº 107.562.274-78, filha de José Milton Gonçalves Vieira e de Francisca Abrantes Sarmento Vieira, residente na Rua Dr. Carlos Pires, nº 166, Bairro: São José, Cidade: Sousa-PB. Telefone para Contato: (83) 9-9153-3183.

HISTÓRICO: Afirma que no dia 14 de dezembro de 2018, por volta das 22h00, aproximadamente, seguia na garupa da motocicleta Honda/Pop100, ano/mod.2008/2009, cor preta, placa MOU3685/PB, chassi 9CZHB02109R010864, licenciada em nome de Maria do Socorro Gonçalves Vieira, que na ocasião era conduzida por Mateus Cazé, pela BR 230, quando ao passarem pela curva em frente a Churrascaria o Pelxão, zona rural de Marizópolis, cruzou a pista de rolamento um animal (cachorro), tendo o condutor do veículo desviado o referido animal e logo em seguida cruzou a pista de rolamento outro animal (jumento), tendo colidido no mesmo, ambos caindo ao solo. Afirma a declarante que devido a queda teve corte na região occipital, fratura em fêmur direito, sendo socorrida pelo Samu, para o Hospital Regional de Sousa, onde recebeu cuidados médico. Que não teve despesa hospitalar. Que é conhecedor (a) das sanções civis, penais e administrativas, caso o declara aqui não seja(m) estritamente a verdade.

São Francisco-PB, 08 de março de 2019.

COMUNICANTE:

Maria Joanny Abrantes Vieira  
COMUNICANTE

Sob a responsabilidade do Excelentíssimo Senhor  
Dr. Vicente Honório Filho  
Delegado de Polícia Civil.

*Sebastião de Paula Lima*  
Escreção de Polícia Civil  
Ad-Hoc

21 MAR. 2019



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	107.982.274-78	Maria Janny Abrantes Vieira
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>		
Nome completo:		CPF:
Maria Janny Abrantes Vieira		107.982.274-78
Profissão:	Endereço:	Número:
Recuso	Rua Dr Carlos Pires	166
Bairro:	Cidade:	Estado:
São José	Sousa	PB
E-mail:	CEP:	Tel (DDD):
Verasdpvat@hotmail.com	58804-200	(83) 99919-4302

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

**RENTA MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0558	CONTA: 38124	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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.

## 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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Sousa-PB, 20/02/2019	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª   Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
		Assinatura _____
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª   Nome: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	CPF: _____
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura _____
	Assinatura do Procurador (se houver)	

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

21 MAR. 2019



**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Data: 31/12/18	ID da Ocorrência: 040	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 22:29 Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: Maria Tame abnantes Vieira			Idade: 50	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Telefone:	
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:			Logradouro: BR 030		Bairro:	Médico Regulador: Dr. Rodrigo
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): HRS				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): Dr. Danilo Queiroga G. Batista MÉDICO CRM-PR 14.073		

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

<input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo:	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> SINECO-OBSTÉTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem:
<b>CAUSAS EXTERNAS</b> > Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:			Responsável: Hospital de Destino: Responsável:
		<b>ANTECEDENTES</b> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais?	

**1 - DADOS VITAIS**

PA: 90x60 FC: HGT: SpO2 - S/O2: 97% SpO2 - C/O2:

**EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA**

Paciente vítima de queda de moto, encostada em decúbito ventral presa entre galhos, consciente, orientada, apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), afundado SSVU, AVP, imobilização curativa e imobilização do HRS.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: Queda de moto fêmur (D)

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro: 13:05 acuriosidade p/ queda de moto no local. Paciente consciente orientada em decúbito ventral sob galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, seguindo o protocolo de RPA e AVP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: Produzir p/ HRS.

SBP - CANS 9127

21 MAR. 2019



**2 - VIA AÉREA**

☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

**2.1 - VENTILAÇÃO:**

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

**2.2 - EXPANSIBILIDADE:**

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

**2.3 - ACHADOS:**

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito fético

**3 - CIRCULAÇÃO:**

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

**3.1 - EDEMAS:**

☐ Não ☐ Sim - Local: \_\_\_\_\_

**3.2 - PERFUSÃO**

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

**3.3 - PULSO**

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

**3.4 - E.C.G.**

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

**4 - EXAME NEUROLÓGICO**

ECGL \_\_\_\_\_

**5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO**

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal \_\_\_\_\_ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

**PROCEDIMENTOS**

<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

*SORO fisiológico os equipo manométrico os glicos 20 os  
ampolhos de dipirona os xeringa 10 ml os PD, ataduras*

**PERTENCES DA VÍTIMA**

☐ Não  
☐ Sim

Objetos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entregues a / Local: \_\_\_\_\_

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: *Suelio*

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

TEC. ENFERMAGEM: *Ricely Duarte*

COREN: *Ricely Duarte de Brito*

ENFERMEIRO(A): *M<sup>te</sup> Betânia S. Santos*

COREN: *3.815-7*

MÉDICO(A): \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

*M<sup>te</sup> Betânia S. Santos*  
Enfermeira  
COREN PB 501542

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: \_\_\_\_\_ RG. / CPF: \_\_\_\_\_

21 MAR. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:09:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712094648200000046611838>

Número do documento: 21092712094648200000046611838

# 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:	29/03/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000038124-8

---

---

Nr. da Autenticação 27CAA3F8B065535A



# 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:	14/05/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000038124-8

---

---

Nr. da Autenticação F9746BEDB4880D87



DAMIANA FRANCISCA SARMENTO  
RUA DR CARLOS PIRRES, 166 - SAO JOSE  
SOUSA / PB CEP: 58804-200 (AO: 177)  
Emissão: 05/12/2018 Referência: Dez/2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 9.200.km25 - Conto Redutor - João Pessoa / PB - CEP 58.271-620  
Roteiro: 2-177-40-5700 NF medidor: 20000443730

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 08.910.001-40 Ins. Est. 18.516.823-0  
Nota Fiscal/Conto de Energia Elétrica VTRF 516.285  
Cód. para Deb. Automática: 08000022772

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

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF/CNPJ/RANI:  
Dez / 2018 05/12/2018 07/01/2019 040.879.194-04  
Ins. Est. 5/2277-2

UC (Unidade Consumidora): 5/2277-2

Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.  
Reservista, inscreva-se na sua Organização Múltip

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
05/11/18	12215	05/12/18	18094	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Cota
0601	Consumo em kWh	58,000	0,8200	47,560
0601	Adic. B. Amortiz			0,8200

CCI: Código de Classificação de Item	TOTAL	58,00	58,00	14,51	78,08	0,82	2,82
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO						
	12/12/2018						
	R\$ 58,06						
	Histórico de Consumo (kWh)						

98	99	100	93	101	92	93	94	105	11	98	177
Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18

4718.1c57.01d8.6764.9f72.2a8a.53b1.d12b.

Indicadores de Qualidade				Composição % Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Valor (R\$)	%
DIA MENSAL	8,15	1,87	NOMINAL	200	
DIA TRIMESTRAL	12,20				
DIA ANUAL	24,40	1,00	CONTRATADA	200	
FIC MENSAL	3,48		Limite Inferior	200	
FIC TRIMESTRAL	9,97		Limite Superior	200	
FIC ANUAL	13,95	1,87			
DIA C	3,93				
DIA D	12,22				
ATENÇÃO				Faturas em atraso	

21 MAR. 2019



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro,


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

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Macedos de Lira</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>                    </u>
Bairro	<u>Cato Preto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.8181-8197 / (83) 9.9919-4307</u>
E-mail	<u>Verasdprate@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa-PB, 21/03/2019

Assinatura do Declarante: 

21 MAR. 2019

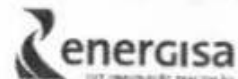


# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Requisito para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica: N° 017.981.401



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JUVINA EVANGELISTA DUARTE  
RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA S/N  
BOUSA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/696132-0

## REFERÊNCIA

JAN/2019

## APRESENTAÇÃO

04/01/2019

## CONSUMO

1038

## VENCIMENTO

11/01/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 951,53

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



CONTAGUÁ AGUA

JUVINA EVANGELISTA DUARTE

Roteiro: 01-177-010-1720

8361000009-7 51530054000-8 05961322019-8 01500177919-3

## VENCIMENTO

11/01/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 951,53

## MATRÍCULA

696132-2019-01-6



21 MAR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:09:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712094648200000046611838>

Número do documento: 21092712094648200000046611838



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

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

<http://www2.susep.gov.br/SIBLITECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.633/98.

Pelo exposto, eu Carlos Ademir Veras Pinheiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 973.419.833 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria Joanny Abrantes Vieira inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.982.274 / 78

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididade da vítima Maria Joanny Abrantes Vieira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 107.982.274 / 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>R. José Facundes de Lira</u>	Número: <u>S/N</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Gato Preto</u>	Cidade: <u>Sousa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>verasdpvrat@hotmail.com</u>	CEP: <u>58800000</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 9.998.4307</u>

Local e Data: Sousa-PB, 20/03/2019

Carlos Ademir Veras Pinheiro

Assinatura do Declarante

21 MAR. 2019

DLDR1.001 V001/2017

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Maria do Socorro Gonçalves Vieira,  
RG nº 33.92.631, data de expedição 10/12/05,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 092.622.474-35,  
com domicílio na cidade de Sousa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Proptada, nº S/N,  
complemento 1, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Maria Janny Abrantes Vieira, cujo o condutor era  
Mateus Virgíneo Moraes.  
Veículo: Honda/Pop100 Modelo: 2009 Ano: 2008  
Placa: MOU3695/PB Chassi: 3C2HB02109R010864  
Data do Acidente: 14/12/2018

Local e Data:

Sousa - PB, 18/03/2019

Maria do Socorro Gonçalves Vieira  
Assinatura do Declarante



Mateus Virgíneo Moraes  
Assinatura do Condutor

( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



**JOSÉ NEVES MOREIRA**  
Título: Del. Paulo Henrique Rodrigues Neves  
Rua Segunda Edson de Carvalho, 04 - Centro - Sousa/PB  
CPF 00000-000 - Fone: (31) 3351-0073

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....  
MARIA DO SOCORRO GONÇALVES VIEIRA.....  
Em test. de verdade, Sousa-PB 15/03/2019 09:22:17  
FRANCISCO DE SOUSA PEDROSA NETO - ESCRIVENTE  
CPF 00000-000 - RG 91.444.444-4 - Fone: (31) 3351-0073  
SELO DIGITAL: WIR24072-NCS  
Confira a autenticidade em <https://selo1.tjpb.jus.br>



**Francisco de S. Pedroso Neto**  
Escrivente Autorizado  
3º Ofício Sousa-PB

21 MAR. 2019



**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Data: 31/12/18	ID da Ocorrência: 040	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base: 22:29 Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: Maria Joana Abreu Viana			Idade: 30	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Telefone:	
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieiraópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:			Logradouro: BR 030		Bairro:	Médico Regulador: Dr. Rodrigo
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apoio no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): HRS				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): Dr. Danilo Queiroz G. Batista MÉDICO CRM-PR 14.073		

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

<input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo:	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> SINECO-OBSTÉTRICO <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: _____ Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____
<b>CAUSAS EXTERNAS</b> > Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro: _____ <input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: _____ <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro: _____			<b>ANTECEDENTES</b> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais? _____

**1 - DADOS VITAIS**

PA: 90x60 FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ SpO2 - S/O2: 97% SpO2 - C/O2: \_\_\_\_\_

**EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA**

Paciente vítima de queda de moto, encostada em decúbito ventral presa entre galhos, consciente, orientada, apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), afundado SSVU, AVP, imobilização curativa e produção do HRS.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: Queda de moto fêmur (D)

Diagnósticos de Enfermagem: \_\_\_\_\_

Intervenções: \_\_\_\_\_

Evolução do Enfermeiro: 18h30 acurrgia p/ queda de moto no local. Paciente consciente orientada em decúbito ventral sob galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, seguindo protocolo de RPA e AVP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: Produzir p/ HRS.

SBP - CANS 9127

21 MAR. 2019



## 2 - VIA AÉREA

☐ Livre ☐ Obstruída parcialmente ☐ Obstruída totalmente ☐ Corpo estranho ☐ Edema de glote ☐ Bronco-aspiração

### 2.1 - VENTILAÇÃO:

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

### 2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

### 2.3 - ACHADOS:

☐ Creptação ☐ Hemoptise ☐ Expectoração ☐ Enfisema subcutâneo ☐ Hálito fétido

### 3 - CIRCULAÇÃO:

☐ Fria ☐ Úmida ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Normal

### 3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☐ Sim - Local: \_\_\_\_\_

### 3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

### 3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

### 3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

## 4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL \_\_\_\_\_

## 5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal \_\_\_\_\_ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Nível de Consciência: ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Inconsciente ☐ Algo Desorientado ☐ Desorientado ☐ Sonolento ☐ Agitado

### PROCEDIMENTOS

<input type="checkbox"/> Bomba de Infusão	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulto	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Talas / Tração
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica (manual / automática)
<input type="checkbox"/> Cricotireoidostomia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal	<input type="checkbox"/> Prancha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O2)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
	<input type="checkbox"/> Imobilização de membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros:

Descrição do(s) procedimento(s): \_\_\_\_\_

### MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

SORO fisiológico os equipo manométrico os glicos 20 os  
ampolares de dipirona os xeringa 10 ml os PD, ataduros

### PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não

☐ Sim

Objetos:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entregues a / Local: \_\_\_\_\_

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: Suelio Moreira Torres

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

TEC. ENFERMAGEM: Ricely Duarte

COREN: Ricely Duarte de Brito

ENFERMEIRO(A): M<sup>re</sup> Betânia S. Santos

COREN: 3.815.715-TE

MÉDICO(A): \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

**M<sup>re</sup> Betânia S. Santos**  
Enfermeira  
COREN/PB 501542

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - ☐ Recusa Remoção ☐ Recusa Atendimento

NOME: \_\_\_\_\_ RG / CPF: \_\_\_\_\_

21 MAR. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:09:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712094648200000046611838>

Número do documento: 21092712094648200000046611838

MAT: 132.008

Nome: M<sup>re</sup> Jeanny Clemente Lima Bloco:          Apt.:          Leito:           
D.N.: 04/06/1967 Est. Civil: mt Resp.: F<sup>ra</sup> Alcantares L. Lima  
Rua: Engenheiro Carlos P. d. A. Cidade: Joazeira Est.: PB  
Médico Assistente:          Clínica:           
Data de Internação: 15/12/2018 Peso:          Temperatura:          P.A.:         

ANAMNESE: Não há M.D.

Queixa Principal: Apresenta um M.D. direito.

História da Doença Atual: Apresenta de um acidente no BR-230  
relatando que um animal passou muito próximo  
e fraturou o fêmur direito.

EXAME FÍSICO: Boa forma geral  
Exame  
Apresenta  
M.D. fratura  
Cravado e fixador do fêmur (D).

DIAGNÓSTICO: Fratura fechada do fêmur direito.

Procedimento: (D)

C.L.P.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha  
MÉDICO  
CRM-PB 7034 CRM-RN 4228

21 MAR. 2019

MAT.: 132.593

Nome: Mario Spanny C. Vieira Bloco: Apt.: Leito:  
D.N.: 04 / 06 / 98 Est. Civil: D. Resp.: Feo. Libranes J. Vieira  
Rua: Sítio Riacho dos Médicos Cidade: Louro Est.: PB.  
Médico Assistente: Dr. Diego Santiago Clínica: Cirúrgico  
Data da Internação: 29 / 01 / 2019 Peso: Temperatura: P.A.:

## ANAMNESE:

Queixa Principal:

Fistula em g. prox. coxa @.

História da Doença Atual:

Pós op. de fêmur @ 40 dias.  
Com boa sam de Anh / Jk  
necrose nro.

## EXAME FÍSICO:

BEG, Glasgow 15  
NVE.

necrose nro = fistula proximal  
sem necrose paravento.

DIAGNÓSTICO:

FRATURA FÊMUR proximal @ - Pós op.  
40 dias.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 10832 REG: 15149

21 MAR. 2019



*[Handwritten signature]*

Hospital:

**Casa de Saúde Bom Jesus Ltda.**

Nome do Paciente:

*Maria Jeanny Abrantes*

Nº Prontuário:

Data Operação:

*19/12/2018*

Enf.: *0*

Leito:

Cirurgião:

*Dr. Diego*

1º Auxiliar:

*Dr. Diego*

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

*Dr. Albert*

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório:

*Font. do osso direito.*

Tipo de Operação:

*RAFI (Fitor uteromedular)*

Diagnóstico Pré-Operatório:

*O. mesmo*

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

*na*

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

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

1. Fete em duas Abc. Acutone

2. A+A+AC

3. incisão por ao grande trocater com exposição do osso.

4. Entrada ao canal medular ao nível do grande trocater com punção manual.

5. Ponnagem de fio fino, tentativas de redução a feto fechado onde após não conseguiu fora feto punção incisão pl redução Abc. palpeira e retirada de Casa de Botas

6. Ponnagem canal funicular até feto n.º 10, tentado a 11.5, mas não houve progresso

**RELATÓRIO DE CIRURGIA**

21 MAR 2019

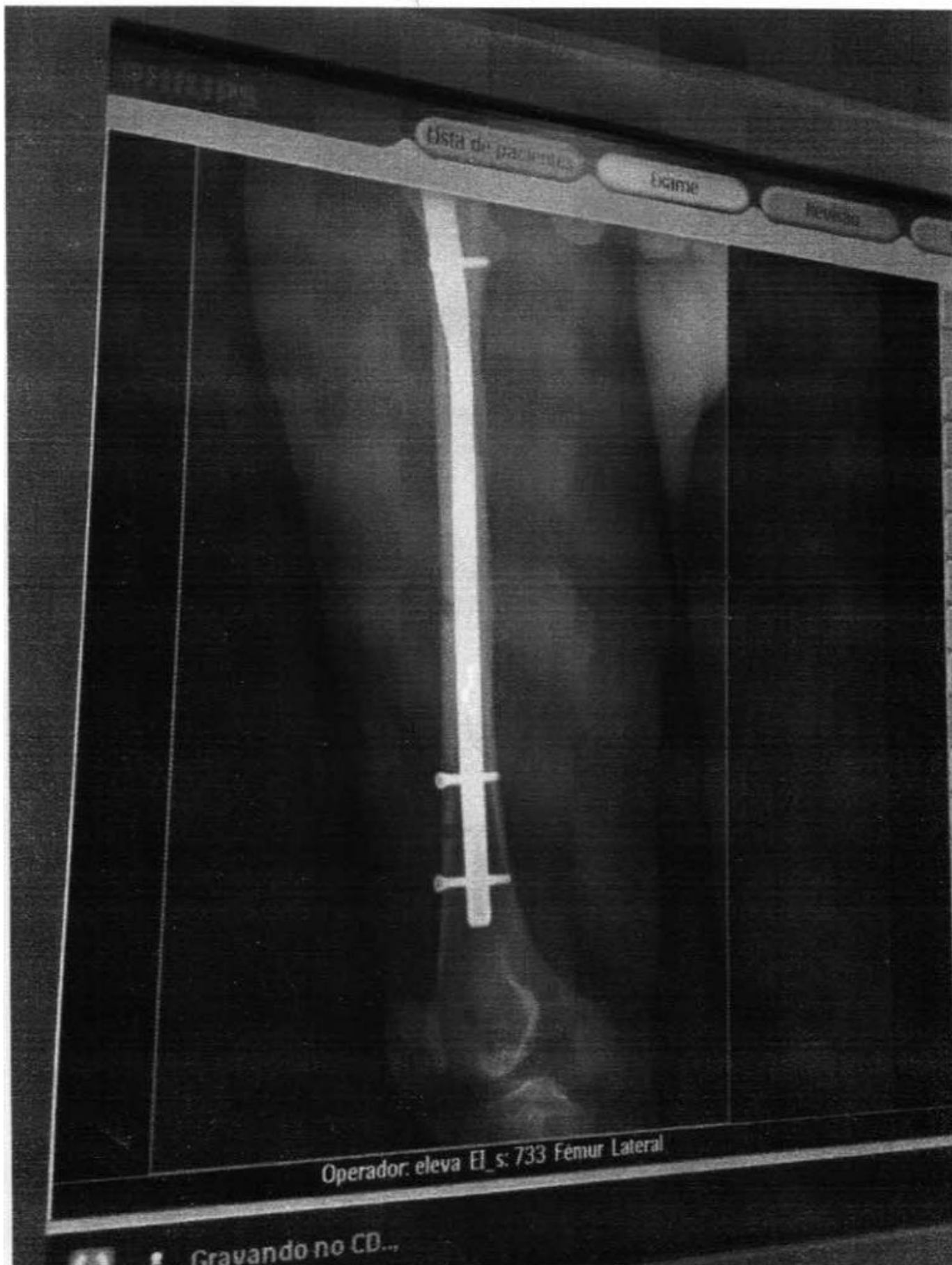
Qualifica Marques - Soma/PB 3071.1515 (371 225)



7. Parâmetro de tutor em 10x34  
com Bloqueio por (1 prof) e distal 2 profs  
quais - pelo escopo =
  8. Entende por planos
  9. Curativo compressivo
- mag.

21 MAR. 2019





21 MAR. 2019





21 MAR. 2019







21 MAR. 20





# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA *mat. fêmea*

Nome: Maria Fanny Albano Vieira  
Sexo: feminino Data de Nascimento: 24/06/98  
Endereço: R. Carlos Pires de Sá, n.º 166 - São José - Moura  
Fone: 98539-1513 Médico: Dr. Tiago  
Convênio: Particular Data: 19/12/18

Anamnese: paciente vítima queda de moto  
há 5 dias, com trauma em abd.  
escoriações pelo corpo.

Antecedentes Pessoais e Familiares: nda.

Exame Físico: Pele ativa rose espuica  
escoriações pelo tronco, membros e  
mass.  
por deformidade, ruptura e  
enchaimento do abd., com sinais de  
fome.

Exames Complementares: Rx.

Diagnóstico: Frnt de fêmur D Ao 32A2

Tratamento: o Quirurgia com fixação

Endereço: Moura - Rua: 166 - 1513

M 12486

21 MAR. 2019

EVOLUÇÃO

*Dr. Tiago*  
Médico Responsável





Estado da Paraíba  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: 6074 Idade: 60 Cor: BR Enfermeiro: BR Leito: 155 Categoria: 155

Nome:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

Dado 1000 10 24h  
Depressão 1 10 01h  
Transtorno de 10 10h  
Clonazepam 40 10 10h  
Som 30 10 10h 10 10h  
Normal 1 10 10h 10h  
Omeprazol 40 10 10h 10h  
e 10  
5000

Dr. Diogo S. Santiago  
Osteopata e Terapeuta  
CNPJ 109271209468200000046611838

21 MAR. 2019



Hospital		HRS	
Nome do Paciente			Nº Prontuário
M <sup>a</sup> Joanny A. Vieira			132 593
Data Operação	Enf.	Leito	
29.1.19			
Operador		1.º Auxiliar	
Dr. Diego			
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista		Tipo de Anestesia	
Dro. Tônio			
Diagnóstico Pré-Operatório			
Pós-op. tardio fêmur (D).			
(Fístula) - Secção nova			
Tipo de Operação			
Limpeza e Remoção fístula.			
Diagnóstico Pós Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<p>Pct. DOR e Riquinho</p> <p>Apreensão e onfitepsia</p> <p>Colocação campon inferior</p> <p>Remoção de fístula e nova cicatriz.</p> <p>Secção mínima qtd em local novo.</p> <p>SI 1 pun.</p> <p>SI 0192 - Limpeza.</p> <p>Hemostasia plena.</p> <p>Sutura por plom.</p> <p>Curotino em f.</p> <p>As condições em f.</p>
<p>Dr. Diego S. Santiago</p> <p>Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM 100000-100000</p>

21 MAR. 2019





# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

SOUSA - PB

## EVOLUÇÃO

Nome:

DATA	HORA	
19/12		Paciente submetida a 1 <sup>o</sup> cirurgia para debridamento de ferida no dorso, bloqueio proximal distal - Dorso 10x24. Bloq P. 1 e Bloq D. 2.
		Obs: Durante abertura da cavidade metatarsal proximal (cavidade muito estreita), houve lesão a cortical medial do pé, com fratura local (falso trajeto da fura), o que ocorreu por comprometimento no entalhe, o que foi estabilizado com curativo neste sítio.
		Traga
20/12		7 <sup>o</sup> DP.O
		Paciente evolui bem, sem dor importante. Curativo ferida no dorso fixado com curativo. Evolui importante em todo abd, espinal e pelvis e perna.
		Obs: observados 24h
		Traga
21.12.18		2 <sup>o</sup> DP.O
		Paciente segue estável e sem dor. Apresenta 1 <sup>o</sup> grau febril em 14h de ontem e não mais, melhora tempo.
		Sem dor significativo.
		Fo limpa.
		Incorpora de queda.

21 MAR 2019





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

Manoel Joany Alves

Idade:

Cor:

Enfermarias:

07

Leito:

05

Categoria:

7000

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

Manoel Joany A. Vianna

1) Vitelo 1 litro

2) Omeprazol 400g B 12/12h

3) Tetraciclina 200g B 12/12h

4) Clindamicina 300g B 6/6h

5) Nidazona 8g B 8/8h 5x

6) Amoxiclavina 1200g B 12/12h

7) Analgésico 100g B 6/6h

8) S.S.V. 5500

9) S.S.V. 5500

10) S.S.V. 5500

12h

12h

12h

12h

12h

12h

12h

12h

12h

Caso Paciente admitido pelo mon  
do 30/01/19 pelo mon  
do 30/01/19 pelo mon

Entregou Medico

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PA 10932 TEOT 15119

Dr. Antonio Enas do Brito  
MEDICO - CLIN 7142  
CRO 088.741/04-87

Dr. Antonio Enas do Brito  
MEDICO - CLIN 7142  
CRO 088.741/04-87

21 MAR 2019





# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

NOME: Alana Pennny Ribas da Veira LEITO: 10

## FOLHA DE PRESCRIÇÃO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES
19/12	1. Dilt Zero, Líquido Ambr 13h.	
31/12	2. STG 97500ml w 818h.	10 18 06
01-11-16	3. Dymenona sul w 616h	12 18 24 06
*	4. Tifal 20mg w 12/12h	12 24
	5. Cefazolin 1g w 818h	14 22 06
	6. Tyndion 200mg w 818h	14 22 06
	7. Clorazep 15mg 1x	16
	8. 8m	
20/12	1. Dilt Zero	Duro 14-1200w
	2. STG 97500ml w 818h.	14 22 06
17:15	3. Dymenona sul w 616h	12 18 24 06
TAX-3804	4. Tifal 20mg w 12/12h	12 24
	5. Cefazolin 1g w 818h	14 22 06
	6. Karelto 15mg 1x	12
	7. 8m	
	mag	

21 MAR. 2019





## RELATÓRIO MÉDICO

SOUSA/PB,

12 de abril 2019.

**Paciente Joanny Abrantes Vieira, vítima de acidente motociclistico - tipo colisão moto x animal - no dia 14.12.2018 com ocorrência registrada (boletim de número: 021/19). Em decorrência do evento traumático apresentou fratura fechada de fêmur direito - parte proximal.**

**Ao exame físico: apresentando cicatriz em região lateral do fêmur, joelho e pé direitos (região proximal e distal do fêmur D). Refere ainda: claudicação e dor a mobilização, equilíbrio estático e dinâmico alterados. Rotação interna e externa do quadril alterada. Alteração da marcha, marcha claudicante. Flexão do joelho D e extensão alterada. Dificuldade para subir e descer escadas. Adução e abdução- alteradas. Em posição ortostática, quando se aplica força sobre o joelho comprometido, a mesma não consegue manter-se ereta;**

**Do exposto, concluo que existe limitação de 60% da capacidade funcional do MID, tais movimentos avaliados durante o exame físico, comprometendo assim a execução de movimentos finos e das atividades laborais, acarretando assim dano a qualidade de vida, sendo necessário auxílio de terceiros para os AVD's (atividades da vida diária).**

*Dr. Jefferson Venicius A. Pontes*  
Médico Clínico  
CRM: 9447 - PB

JEFFERSON VENICIUS ANDRADE PONTES  
CRM/PB: 9447

Telefone: (83) 999471638  
jeffersonvapontes@hotmail.com  
Rua Joao Mavino Filho,30 - Estação - Sousa - PB

15 ABR. 2019



**FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Data: 31/12/18	ID da Ocorrência: 040	<input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe: 02	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora da Saída da Base: 22:24 Hs	Hora de Chegada no Local: Hs
Paciente / Usuário: Maria Jume Abontes Vieira			Idade: 30	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem.	Telefone:	
Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieiraópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:						
Logradouro: BR 230			Bairro:	Médico Regulador: Dr. Roberto		
Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três:						
Apolo no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro:						
QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro:						
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento						
Destino (Unidade Hospitalar): HRS				Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): Dr. Danilo Oliveira G. Batista MÉDICO CRM-PB 40.673		

**NATUREZA DA OCORRÊNCIA**

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA
Motivo: TRAUMA			Hospital de Origem:
<b>CAUSAS EXTERNAS</b> <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:			Responsável:
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Outro:			Hospital de Destino: Responsável:
			<b>ANTECEDENTES</b> <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de Uso Contínuo
			Quais?

**1 - DADOS VITAIS**

PA: 90x60 FC: FR: HGT: SpO2 - S/O2: 97% SpO2 - C/O2:

**EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) / EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA**

Paciente vítima de queda de moto, encontrada em decúbito ventral presa entre galhos, consciente, orientada, apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), feridas SSVU, AVP, imobilização curativa e conduzida ao HRS.

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:**  
 Diagnósticos de Enfermagem: Queda de moto Fêmur (D)  
 Intervenções:  
 Evolução do Enfermeiro: 15h30s acionada p/ queda de moto no local. Paciente consciente orientada em decúbito ventral nos galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, feita imobilização protocolo de APH e AVP.

**ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA**  
 Conduzir p/ HRS.

SBF - Cad 1021

21 MAR. 2019



MAT.: 132.007

Nome: M<sup>te</sup> Jeanny Alcantares Lima Bloco: Apt.: Leito:  
D.N.: 04/06/1968 Est. Civil: MT Resp.: F<sup>ra</sup> Alcantares J. Lima  
Rua: Engenheiro Carlos P. de A. Cidade: Bousa Est.: PB  
Médico Assistente: Clínica:  
Data de Internação: 15/12/2018 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE: *Não há M.I.D.*

Queixa Principal: *Dor no H. Fígado.*

História da Doença Atual: *Apresenta dor insidiosa no H. Fígado há uns meses, piora com ingestão de alimentos gordurosos e fadiga.*

EXAME FÍSICO: *Boa pele, local  
- Exame  
- Ausculta  
- H. Fígado  
- Craxíngas - fígado do Fígado (D).*

DIAGNÓSTICO: *Problema fígado do Fígado direito.*  
Procedimento: *(P.T.)*  
C.I.D. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Denis Rocha  
MÉDICO  
CRM-PB 704 DRAM 4228

21 MAR. 2019



MAT.: 132.593

Nome: Mario Panny C. Vieira Bloco: Apt.: Leito:  
D.N.: 04/06/98 Est. Civil: Resp.: J. Libranes J. Vieira  
Rua: Sítio Riacho dos Médicos Cidade: Paulo Est.: PB.  
Médico Assistente: Dr. Diego Santiago Clínica: Cirúrgico  
Data da Internação: 29/01/2019 Peso: Temperatura: P.A.:

## ANAMNESE:

Queixa Principal: Fístula em g. prox. coxa @.

## História da Doença Atual:

Pós op. de fêmur @ 40 dias.  
Com boa cicatriz de 10 cm.  
Necrose necrótica.

## EXAME FÍSICO:

BEG, Glasgow 15  
NVE.  
Necrose necrótica = fístula proximal  
sem necrose purulenta.

## DIAGNÓSTICO:

FRATURA FÊMUR proximal @ - Pós op.  
40 dias.

## Procedimento:

C.I.D.

## CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Diego S. Santiago  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB 10822 REG: 15349

21 MAR. 2019



*[Handwritten signature]*

Hospital: **Casa de Saúde Bom Jesus Ltda.**

Nome do Paciente: *Maria Joanny Abrantes* Nº Prontuário:

Data Operação: *19/02/2018* Enf.: *0* Leito:

Cirurgião: *Dr. Thiago* 1º Auxiliar: *Dr. Diego*

2º Auxiliar: 3º Auxiliar: Instrumentador:

Anestesia: *Dr. Albert* Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório: *Foro do queixo direito.*

Tipo de Operação: *RAFI (tutor intra medular)*

Diagnóstico Pré-Operatório: *O mesmo*

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato: *na*

### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

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

1. *fêti em direção do Acutone*
2. *ATAAC*
3. *incisão por ao grande trocânter com exposição do osso.*
4. *Entrada ao canal medular ao nível do grande trocânter com punhador manual.*
5. *passagem de fio guia, testagem de redução a focos fechados onde após nos conseguindo fazer furos pequenos no osso para redução do palpeço e retirada de cara de botas*
6. *passagem canal femoral ali fixa no b tentado a 11,5, mas nos houve progressos*

**RELATÓRIO DE CIRURGIA** 21 MAR. 2018



7. Parafuso de tutor su 10x39  
com Bloqueio prox (1 pna) e distal 2 pna  
Quais? - Seu incopie =  
8. Sutura por planos  
9. Curativo compressivo  
mag.

21 MAR 2019





21 MAR. 2019





21 MAR. 2019



OCULOS DE ANTES

R

PT02215-01-0002  
Tomo-1978

Tratado Hospital de

Compacto 04

15-Dezembro-1978

10:42:40

Folha 0

L: 15479.00

M: 11174.00

Zoom: 2.75

21 MAR. 21





21 MAR 2





# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA *inf. fêmea*

Nome: Maria Fanny Albano Vieira  
Sexo: feminino Data de Nascimento: 24/06/98  
Endereço: R. Carlos Pires de Sá, n° 166, São José - Moura  
Fone: 98339-1513 Médico: Dr. Tiago  
Convênio: Particular Data: 19/12/18

Anamnese: Paciente vítima queda de moto  
há 5 dias, com traços de A.T.D.  
escoriações pelo corpo.

Antecedentes Pessoais e Familiares: nda

Exame Físico: Bela ativa 102 expulsa  
escoriações pelo tronco, membros e  
massas.  
Por deformidade, captação e  
enchaimento do A.T.D., com sinais de  
fome.

Exames Complementares: Rx

Diagnóstico: Fmt de fêmur D Ao 32A2

Tratamento: fo Quijotes com fixação

Gratuito Maternidade - Anexo 09 0521.2525 (170843)

M 12486

21 MAR 2019

*Tiago*  
Médico Responsável

EVOLUÇÃO





## Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Leito: 42 Categoria: 1

**Enfermaria:**

Cor:

Idade:

**Nome:**

[illegible]

**Gráfica Norte Press : Código 1458**

21 MAR. 2019







# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

SOUSA - PB

## EVOLUÇÃO

Nome:

DATA	HORA	
19/12		Paciente submetida a 1 <sup>o</sup> Curiagem por quem 3. Causa tipo IUI, bloqueio prox e distal. Histero 10x24. Bloq P. 1 e Bloq D. 2.
		Obs: Durante a abertura da causal metálica proximal (causal muito estreita), houve lesão a cortical medial do útero, com fístula local (falso trajeto da fístula). O que ocorreu por comprometimento no tratamento o grau de estabilidade da causalidade neste implante.
		7 <sup>o</sup> DP.O
21/12		Paciente evolui bem sem dor importante. Causa fístula no local da fístula. Ainda importante em todo útero, espessado, pelvis e anexos. Obs: observados 24h
		7 <sup>o</sup> DP.O
23.12.18		2 <sup>o</sup> DP.O Paciente segue estável e sem dor. Apresentou 1 dia febre em 14h de enferm e na manhã seguinte melhorou. Sem dor significativa. Fo limpa. Inconsciente da queda.

21 MAR 2010





Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Nome:

Manoel Gomes Soares

Idade:

Cor:

Enfermaria:

07

Leito:

05

Categoria:

Público

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

Dr. Manoel A. Vieira

1) Dito 112

2) Dito 1000 1000 24h

3) Amoxiclav 400 6 12/12h

4) Tildem 200 6 12/12h

5) Naproxeno 500 6 12/12h

6) Nuveton 8 6 12/12h

7) Omeprazol 20 12/12h

8) Avelas 140

9) A.C.G

10) 5500

112

1000 1000 24h

400 6 12/12h

200 6 12/12h

500 6 12/12h

8 6 12/12h

20 12/12h

140

A.C.G

5500

112

1000 1000 24h

400 6 12/12h

200 6 12/12h

500 6 12/12h

8 6 12/12h

20 12/12h

140

A.C.G

5500

Dr. Diego S. Santiago

Otorrinolaringologia e Traumatologia

CRM/PA 10932 15119

Dr. Antonio Ennes de Brito

Medico - CRM 2142

CRC 088.744.04-87

Dr. Antonio Ennes de Brito

Medico - CRM 2142

CRC 088.744.04-87

21 MAR 2019





# CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

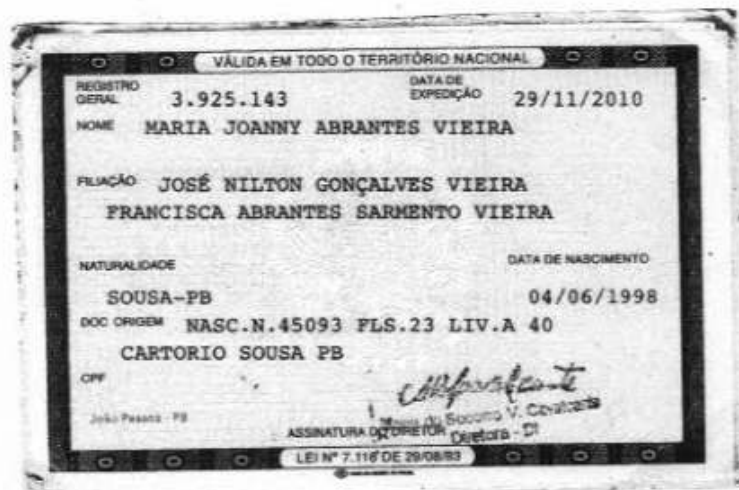
NOME: Alane Janny Liberto Vieira - LEITO: 10

## FOLHA DE PRESCRIÇÃO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES
19/12	1. Diet Zero Líquido Apr 13h.	
	2. 850,9 x 500ml w 818h.	10 18 06
31/12	3. Dimpina 2ml w 616h	12 18 24 06
01-11/160	4. Tifal 2mg w 12/12h.	12 24
	5. Cefazolin 1x w 818h	14 22 06
	6. Nafedion 2mg w 818h.	14 22 06
	7. Clorazepato 1x	16
	8. 8m	
20/12	1. Diet Zero Líquido	12 24 06
	2. 850,9 x 500ml w 818h.	14 22 06
17/12	3. Dimpina 2ml w 616h	12 18 24 06
TAX-3804	4. Tifal 2mg w 12/12h	12 24
	5. Cefazolin 1x w 818h	14 22 06
	6. Nafedion 2mg	
	7. Nafedion 15mg w 1x	12
	8. 8m	
	mag	

21 MAR. 2019





21 MAR. 2019



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

**CARLOS ADHEIR VERRAS PINHEIRO**

RG: 2001097006008 SEXO: M  
 CN: 973.419.833-53 DATA DE NASCIMENTO: 12/06/1982

ENDEREÇO:  
 CARLOS EMERY ALVES  
 PINHEIRO  
 ELIDA MARIA VERRAS  
 PINHEIRO

PROFISSÃO: ACC CATEGORIA: 23

Nº ABILITACAO: 04522381397 VALIDADE: 23/09/2018 1ª ABILITACAO: 29/11/2008

SEM OBSERVAÇÃO:

*[Assinatura]*

LOCAL: QUIXADA, CE DATA EMISSAO: 02/10/2013

*[Assinatura]* 03003876578  
 CR137831269

DETRAN - CE (CLARA)

21 MAR. 2019





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190214088 **Cidade:** Marizópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 1/3 PROXIMAL DO FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

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

**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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190214088 **Cidade:** Marizópolis **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO FÊMUR DIREITO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 3 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA DO QUADRIL GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40°, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA ABDUÇÃO EM 15°, DIMINUIÇÃO DA ADUÇÃO EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA DO QUADRIL GRAU I, CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM USO DE MULETA.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO(A) MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 07/05/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MID, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO MODERADO DO MID.

### 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 médio - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Maria Joanny Abrantes Vieira  
RG: 3925143 Orgão Emissor: SSP/PB CPF: 107.982.274-78  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira Profissão: Reverso  
Endereço: Rua Dr. Carlos Pires Nº 31N  
Bairro: São José Cep: 58804-200 Cidade/UF: Sousa/PB  
Telefone: (83) 9.8181-8197 ( ) ( )

### OUTORGADO:

Nome: Carlos Ademir Veras Pinheiro  
RG: 2001097006008 Orgão Emissor: SSP/CE CPF: 973.419.833-53  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Empresário  
Endereço: Rua José Rodrigues de Faria Nº 31N  
Bairro: Cato Preto Cep: 58800000 Cidade/UF: Sousa/PB  
Telefone: (83) 9.9919-4307 ( ) ( )

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

Vítima: Maria Joanny Abrantes Vieira  
CPF: 107.982.274-78 Data do Acidente: 14/12/2018  
Cobertura solicitada: ☒ Invalidez Permanente ( ) DAMS ( ) Morte

Sousa-PB, 20/02/2019  
Local e data

3º OFÍCIO  
JUSA-PB



Maria Joanny Abrantes Vieira

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

21 MAR. 2019



S. S. Pedrosa Neto



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095793/19

Número do Sinistro: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

CPF: 107.982.274-78

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 14/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOANNY  
ABRANTES VIEIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/04/2019  
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO  
CPF: 973.419.833-53

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

MARCOS AURELIO VIDAL



# 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:	29/03/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000038124-8

---

---

Nr. da Autenticação 27CAA3F8B065535A





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE SOUSA/PB**

Processo n.º 08074441620208150371

**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 **MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SOUSA, 23 de setembro 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:09:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712094843700000046611843>  
Número do documento: 21092712094843700000046611843



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA

7ª VARA MISTA

Rua Francisco Vieira da Costa, s/n, Raquel Gadelha, CEP 58800970

e-mail [sza.7vara@tjpb.jus.br](mailto:sza.7vara@tjpb.jus.br); telefone (83)35226602

PROCESSO	0807444-16.2020.8.15.0371
	[Acidente de Trânsito]
AUTOR	MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

## SENTENÇA

Cuida-se de *ação de cobrança de diferença de seguro obrigatório (DPVAT) ajuizada por MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA em face de SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A...*

Na inicial, a autora narra que se acidentou em acidente automobilístico ocorrido em 15/12/2018, sofrendo lesões na coxa direita e crânio. Noticia o demandante que administrativamente recebeu a quantia de R\$ 4.725,00. Defende que tem direito a receber o importe de 22.950,00.



Com a inicial vieram documentos.

Contestação apresentada.

Foi determinada a realização de perícia médica. Laudo apresentado.

As partes foram intimadas para se manifestarem sobre a prova técnica.

É o relatório. **Decido.**

Do exame das preliminares:

**Ausência de interesse de agir em razão do recebimento de indenização na via administrativa:**

Afasto, de plano, a alegada ausência de interesse de agir. Com efeito, a jurisprudência já assentou a orientação no sentido de que “*o pagamento parcial na via administrativa não inibe a cobrança de eventual diferença devida, razão pela qual não há que se falar em falta de interesse de agir no pedido de complementação do quantum indenizatório*” (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00001527420158150181, 2ª Câmara Especializada Cível, Relator DES. MARIA DAS NEVES DO EGITO DE ARAUJO DUDA FERREIRA, j. em 09-05-2017).

**Ausência do laudo do IML:**

Examino, inicialmente, a preliminar de ausência de documentação necessária ao ajuizamento da demanda (laudo do IML atestando a lesão de caráter permanente). Cabe consignar que o documento de f. 78, apresentado pela própria parte promovida, demonstra que houve pagamento na seara administrativa, o que demonstra que, **para fins do contencioso administrativo**, a parte promovida aceitou os documentos apresentados pela parte promovente. Nesse toar, “*existindo laudo diagnosticando dano indenizável nos termos da Lei de regência do seguro DPVAT e declaração por parte da seguradora confirmando a força probante do documento, configura-se descabida a alegação de ausência de laudo emitido pelo IML*” (TJPB; AC 0025118-34.2012.815.0011; Terceira Câmara Especializada Cível; Rel. Juiz Conv. Ricardo Vital de Almeida; DJPB 15/04/2014; Pág. 18); TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00165028020138152001, - Não possui -, Relator DES SAULO HENRIQUES DE SÁ E BENEVIDES, j. em 25-06-2015).

A aceitação da documentação na via administrativa, no entanto, não implica automática procedência do pedido levado ao Judiciário, uma vez que a prova produzida em juízo pode revelar lesão de caráter não permanente.

Presentes os pressupostos processuais e as condições da ação, passo a examinar o mérito.

Conforme relatado, cuida-se de ação em que se busca receber suposta diferença de valores do seguro obrigatório.

O seguro DPVAT é regulamentado pela Lei 6.194/1974, que, em seu artigo 3º prevê o valor de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), nos casos de invalidez permanente. É comum que se questione o fracionamento do valor indenizatório com base no grau de invalidez. Não obstante, o STF considerou que “*os princípios da dignidade da pessoa humana, da proporcionalidade e da vedação ao retrocesso social, máxime diante dos mecanismos compensatórios encartados na ordem*



normativa *sub judice*, restam preservados na tabela legal para o cálculo da indenização do seguro DPVAT” (STF, ADI 4350, Relator(a): Min. LUIZ FUX, Tribunal Pleno, julgado em 23/10/2014, ACÓRDÃO ELETRÔNICO DJe-237 DIVULG 02-12-2014 PUBLIC 03-12-2014).<sup>1</sup>

Por conseguinte, “a indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez” (Súmula 474, STJ). Para fins de quantificação, deve ser considerada a tabela anexa à lei de regência, como determinam o § 1º do artigo 3º da lei de regência.<sup>2</sup>

No caso em tela, o perito chegou à conclusão de que o réu apresenta lesão de caráter permanente na coxa direita, com **média repercussão - vide laudo de id. 48029396**.

De acordo com a lei de regência e sua tabela anexa, o valor máximo indenizatório no caso de lesão permanente na coxa direita - fêmur é de 70 % do teto indenizatório, o que corresponde a R\$ 9.450,00. No caso em tela, como a lesão foi de média repercussão, é necessário aplicar um novo redutor, dessa vez na ordem de 75%, o que importa num total de R\$ 7.087,50. Como a parte autora já recebeu administrativamente a quantia de R\$ 4.725,00, terá direito à diferença, esta no importe de R\$ 2.362,50.

No tocante aos consectários legais, os juros de mora, à razão de 1%, devem incidir desde a citação (Súmula 426 do STJ). A correção monetária, como regra, deve incidir desde a data do evento danoso (Súmula 580 do STJ), salvo se houve pagamento a menor na seara administrativa. Nesta última hipótese, a atualização deverá incidir desde a data do pagamento a menor.<sup>3</sup>

**ANTE O EXPOSTO**, com fundamento no artigo 487, I, do CPC, **acolho em parte o pedido deduzido na inicial**, condenando a parte promovida a pagar ao autor a quantia de R\$ 2.362,50, com juros de mora de 1%, desde a citação (súmula 426 do STJ), e correção monetária, pelo INPC, **a contar da data do pagamento a menor**.

Em razão da sucumbência recíproca, condeno ambas as partes, em igual proporção (cinquenta por cento para cada uma), no pagamento das despesas processuais e nos honorários de sucumbência, que arbitro em R\$ 1.500,00, com base no art. 85, § 8º do CPC. Em relação à parte autora, a exigibilidade das obrigações fica suspensa, por ser beneficiária da Justiça Gratuita (art. 98, § 3º, CPC).

Sentença submetida ao regime do artigo 523 do CPC.

Após o pagamento, **certifique-se se a parte vencida não beneficiada pela gratuidade recolheu as custas finais que lhe tocam. Caso necessário, proceda-se na forma dos arts. 391 e seguintes do CNJ-CGPB**. Em seguida, arquivem-se os autos, com baixa definitiva, independentemente de nova conclusão.

**Certifique-se quanto à expedição de alvará em favor do(a) médico(a) perito(a). Caso necessário, expeça-se alvará, ficando autorizada a transferência para eventual conta fornecida pelo expert.**

Sentença registrada e publicada. Intimem-se.

Data e assinatura eletrônicas.



Juiz de Direito em Substituição



<sup>1</sup> No mesmo sentido: “Recurso extraordinário com agravo. Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT). 2. Redução dos valores de indenização do seguro DPVAT pela Medida Provisória 340/2006, convertida na Lei 11.482/2007. 3. Constitucionalidade da modificação empreendida pelo art. 8º da Lei 11.482/007 no art. 3º da Lei 6.194/74. 4. Medida provisória. Pressupostos constitucionais de relevância e urgência. Discrecionariedade. Precedentes. 5. Princípio da dignidade da pessoa humana. Ausência de violação. 6. Repercussão geral. 7. Recurso extraordinário não provido”. (STF, ARE 704520, Relator(a): Min. GILMAR MENDES, Tribunal Pleno, julgado em 23/10/2014, PROCESSO ELETRÔNICO REPERCUSSÃO GERAL - MÉRITO DJe-236 DIVULG 01-12-2014 PUBLIC 02-12-2014)



2 § 1º. No caso da cobertura de que trata o inciso II do **caput** deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: **I**- quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e **II**- quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

3 APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. JUROS DE MORA. TERMO INICIAL. ÔNUS SUCUMBENCIAIS. RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO. Sobre a indenização devida a título de complementação incidirá juros de mora desde a citação e correção monetária desde o pagamento administrativo a menor. Configurada a sucumbência recíproca, em face da procedência parcial do pedido, de rigor a aplicação da regra constante do artigo 86 do Código de Processo Civil, que determina a distribuição proporcional, entre elas, das custas processuais e dos honorários advocatícios. (TJMG - Apelação Cível 1.0000.19.058287-4/001, Relator(a): Des.(a) Luiz Artur Hilário, 9ª CÂMARA CÍVEL, julgamento em 17/09/2019, publicação da súmula em 23/09/2019)

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE SEGURO DPVAT. 1- PAGAMENTO EXTRAJUDICIAL PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO. In casu, restou demonstrado que não houve aplicação correta da tabela inserida na Lei 11.945/09, resultando em valor inferior ao devido, já recebido administrativamente pelo Autor, que faz jus à diferença pretendida com correção monetária pelo INPC desde o pagamento incompleto e juros moratórios de 1% (um por cento) ao mês, a partir da citação, conf. Súmula 426 do Superior Tribunal de Justiça. 2- VERBA SUCUMBENCIAL. ALTERAÇÃO. Face ao total êxito com o recurso em tela, impõe-se a inversão dos ônus sucumbenciais. 3- HONORÁRIOS RECURSAIS. Descabível a majoração dos honorários advocatícios (art. 85, § 11, do CPC), diante do provimento do recurso, conf. recente orientação do c. STJ. APELAÇÃO CONHECIDA E PROVIDA. SENTENÇA REFORMADA. (TJGO, Apelação (CPC) 5419808-32.2018.8.09.0049, Rel. OLAVO JUNQUEIRA DE ANDRADE, 5ª Câmara Cível, julgado em 10/09/2019, DJe de 10/09/2019)



## EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO SENTENÇA

Pelo presente expediente, de ordem do MM Juiz de direito em exercício nesta unidade judiciária, intimo a(s) parte(s), por seu(s) advogado(s), de todo o teor da sentença ID retro.

12 de outubro de 2021

FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES

Técnica Judiciária



## EXPEDIENTE DE INTIMAÇÃO SENTENÇA

Pelo presente expediente, de ordem do MM Juiz de direito em exercício nesta unidade judiciária, intimo a(s) parte(s), por seu(s) advogado(s), de todo o teor da sentença ID retro.

12 de outubro de 2021

FRANCISCA DE PAULA CELESTE DE SA RESENDE MARQUES

Técnica Judiciária



AGUARDA CUMPRIMENTO



MM JUIZ PARA REGULARIZAÇÃO PROCESSUAL E FACILITAÇÃO NO PAGAMENTO DA CONDENAÇÃO, JÁ QUE A ADVOGADA DAYANE NUNES RAMOS, OAB/PB 27.489 PROCEDEU COM A DISTRIBUIÇÃO DA AÇÃO, JUNTA ESTE PATRONO O SUBSTABELECIMENTO COM RESERVA DE PODERES, JÁ QUE SE CONSTATOU A AUSÊNCIA DO MESMO.

PEDE DEFERIMENTO.



## **SUBSTABELECIMENTO**

Por este instrumento particular de substabelecimento, **FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o nº 25.251, substabeleço **COM RESERVAS** de poderes a **DAYANE NUNES RAMOS**, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/PB sob o nº. 27.489, os poderes que me foram outorgados pela promovente **MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA, CPF: 107.982.274-78**, para patrocinar a defesa e peticionamentos nos autos da ação processo nº. 0807444-16.2020.8.15.0371, que tramita na 7ª vara Mista da comarca de Sousa/PB tudo conforme instrumento de procuração outorgada.

Sousa, 24 de outubro de 2021.



**FELIPE EDUARDO FARIAS DE SOUSA**

**OAB/PB 25.251**

