



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
49115 997	27/09/2021 12:09	Petição	Petição
49116 550	27/09/2021 12:09	2775203_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_03	Outros Documentos
49116 553	27/09/2021 12:09	2775203_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02	Outros Documentos
49116 555	27/09/2021 12:09	2775203_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
49106 797	27/09/2021 10:48	Certidão	Certidão
49107 300	27/09/2021 10:48	Comprovante de Resgate de Depósito Judicial	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:09:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712094538400000046611835>
Número do documento: 21092712094538400000046611835

Num. 49115997 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14098094



229 00125/00126 - carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:09:46
<http://pjeb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2109271209464820000046611838>
Número do documento: 2109271209464820000046611838

Núm. 49116550 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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

limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Num. 49116550 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 26 de 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 - INVAI IDEZ



50118

Carta n° 14237228



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

Num. 49116550 - Pág. 3



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

Rio de Janeiro, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:09:46
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2109271209464820000046611838>
Número do documento: 2109271209464820000046611838

Num. 49116550 - Pág. 4



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 Joanny Abantes Vieira		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Maria Joanny Abantes Vieira		CPF: 107.982.274-78		
Profissão: Recurso	Endereço: Rua Dr Carlos Pires	Número: 166	Complemento: —	
Bairro: São José	Cidade: Sousa	Estado: PB	CEP: 58804-200	Tel.(DDD): (83) 9 9919-4307
E-mail: Verasdpvat@hotmail.com				

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

RENDIMENTO:

<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"/> CONTA POUPANÇA (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"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0558 <input type="checkbox"/> CONTA: 38124 8 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
Maria Joanny Abantes Vieira	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
21 MAR. 2019	
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.

**Laudo 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 FÉMUR 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 FÉMUR 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 APÓS 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 ADUCAÇÃO EM 10°, DÉFICIT DE FORÇA DO QUADRIL GRAU I, CLAUDICAÇÃO DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM USO DE MULETA.

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

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 ADUCAÇÃO 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):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Tiago Martins Formiga

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM





GOVERNO DA PAAÍBA

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, CIRG nº 3925.143 SSDS-PB CPF nº 107.982.274-78, filha de José Nilton 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 9C2HB02109R010864, licenciada em nome de Maria do Socorro Gonçalves Vieira, que na ocasião era conduzida por Mateus Cazé, placa BR 230, quando ao passarem pela curva em frente a Churrascaria o Peixão, 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 colidindo 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 médicos. Que não teve despesa hospitalar. Que é conhecedor (a) das sanções civis, penais e administrativas, caso o declarante 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.

Schmiedeck Paula Zuna
19ª DELEGACIA SECCIONAL 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 Joanny Abantes Vieira		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: Maria Joanny Abantes Vieira		CPF: 107.982.274-78		
Profissão: Recuso	Endereço: Rua Dr Carlos Pires	Número: 166	Complemento: —	
Bairro: Sao Jose	Cidade: Sousa	Estado: PB	CEP: 58804-200	Tel.(DDD): (83) 9 9919-4307
E-mail: Verasdpvat@hotmail.com				

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

RENDIMENTO:

<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"/> CONTA POUPANÇA (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"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0558 <input type="checkbox"/> CONTA: 38124 8 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ <input type="checkbox"/> CONTA: _____ 8 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura
(*) Assinatura de quem assina A ROGO	
Maria Joanny Abantes Vieira	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
21 MAR. 2019	
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.



PREFEITURA DE SOUSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE SOUSA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data <i>34/12/18</i>	ID da Ocorrência <i>040</i>	Nº / Equipe <input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT <i>22</i>	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base <i>22:24</i> Hs	Hora de Chegada no Local :	Hs
Paciente / Usuário <i>Maria Jane abrantes Vieira</i>			Idade <i>20</i>	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"/> Vilaírópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:		Bairro				
Logradouro <i>BR 230</i>			Médico Regulador <i>Dr. Rodrigo</i>			
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						
<i>HRS</i>	Destino (Unidade Hospitalar)					
Responsável e Função (Assinatura e Carimbo) <i>Dr. Daniel Dutra G. Batista CRM-PB 10.673</i>						

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO Motivo: <input type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: _____
► CAUSAS EXTERNAS ► 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: _____	► ANTECEDENTES Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____ Quais? _____
<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: _____	<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"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo

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 decubito ventral presa entre galhos, consciente, orientada apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), afiado SSV, AVP, immobilizada curativo.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: _____

Queda de moto Fêmur (D)

Intervenções: _____

Evolução do Enfermeiro:

SBSP agravante p/ Queda de moto no local; Paciente consciente orientada em decubito ventral entre galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, feito imobilização protocolo de APT e AVPs.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

Encaminhar p/ HRS.

BRF - C445 0527

21 MAR. 2019

HRS RAM 15



2 - VIA AÉREA

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

2.1 - VENTILAÇÃO:

Espontânea Assistida Rítmico irregular Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

Normal Superficial Regular Irregular

2.3 - ACHADOS:

Crepitação Hemoptise Expectorado 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 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

Bomba de Infusão Cânula Orofaríngea Colar cervical Controle de hemorragia Cricotireidostomia Curativo

DEA Desobstrução vias aéreas Drenagem torácica Desfibrilação / Cardioversão Entubação Orotраqueal Inalação de Oxigênio (O2) Imobilização de membros

KED Adulto KED Infantil Massagem cardíaca externa Orotраqueal Prancha Longa Punção venosa Sonda vesical Sedação Talas / Tração Ventilação mecânica (manual / automática) VMI VMNI Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

SORO Fisiológico os equipo manequinhos os gulos de 01 ampolas de dipirona 01 xeringo 10 ml os pd, atendemos

PERFECES DA VÍTIMA

Não

Sim

Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do recebedor: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: J. V. Caxé MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: Ricelle Duarte COREN: Ricelle Duarte de Brito

ENFERMEIRO(A): M. Belenice F. Duarte COREN: 301542

MÉDICO(A): CRM: _____

M. Belenice F. Pires
Enfermeira
Coren PB 301542

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

Num. 49116550 - Pág. 10

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



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

Num. 49116550 - Pág. 11

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



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

Num. 49116550 - Pág. 12

DAMIANA FRANCISCA SARMENTO
RUA DR CARLOS PRÉS. 166 - SAO JOSE
SC/USA / FB/CSP: 58804-200 (AD: 177)
Endereço 29/12/2018 Referência Dez/2018
Classe/Suolo: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO (B200, Km25 - Centro Redentor - Joinville/SC - CEP 8971-420
Reserv 1 - 177-40-5700 1º medidor: 2000443730

energisa
ENERGIA PARA VOCÊ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
CNPJ 09.028.122-0001-40 - INSC Est. 16.916.823/0
Nota Fiscal / Centro de Energia Elétrica VT/19 516.296
CMF para Sist. Automática 0800002272

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

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

UC (Unidade Consumidora): 5/2277-2

Canal de contato
- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.
Reserve-se, adesione-se na sua Organização Mútua!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Datas	Lectura	Data	Lectura	
05/11/18	12215	05/12/18	12036	
Descrição				
0801 Consumo em kWh		89.000 0.829810	57.34 57.24 25 14.31 57.34 0.82 2.85	
0801 Adic. B. Amanhã			0.82 0.82 25 0.20 0.82 0.00 0.04	

CCO Código de Classificação de Risco
Média últimos meses (kWh/mês)

TOTAL	56.00	56.00	14.31	57.00	0.82	2.85
VENCIMENTO						
12/12/2018						
Histórico de Consumo (kWh)						
89 99 100 93 101 92 93 94 105 77 98 77						
Des/17 Jan/18 Feb/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18						

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

Indicadores de Qualidade			Campanha de Controle	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
DC MENSAL	8.15	1.87	Normal	14,35
DC TRIMESTRAL	17,30		Baixa ou Alta Tensão	27,28
DC ANUAL	24,50		Contato de Energia	2,21
FC MENSAL	1,48	1,00	Serviço de Telefonia	3,58
FC TRIMESTRAL	8,97	CONTRATADA	Imposto Unifisa e Encargos	18,12
FC ANUAL	13,85	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00
DMC	3,53	1,87	Total	58,06
DCR	12,72	LIMITE SUPERIOR		100,00

Faturas em atraso

1 fatura(s) de ENERGISA Rel. 10/12/2018 à 23/06/2019

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

21 MAR. 2019



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro,

RG nº 2001037006008, data de expedição 03/10/13, Órgão SSPPS/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 Facundes de Britto</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Gálo Pinto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.8181-8197 / (83) 9.9919-4367</u>
E-mail	<u>Verasdprat@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Sousa-PB, 21/04/2019

Assinatura do Declarante: Carlos Ademir Veras Pinheiro

21 MAR 2019



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Envio para simples pagamento da nota fiscal/cota da energia elétrica - N° 017.981.401



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-660
CNPJ 08.095.193 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.523-0

DADOS DO CLIENTE

JUVINA EVANGELISTA DUARTE
RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA SIN
Sousa

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/696132-0

REFERENCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JAN/2019

04/01/2019

1038

11/01/2019

R\$ 951,53

Acesse: www.energisa.com.br



CLIQUE AQUI

JUVINA EVANGELISTA DUARTE

Roteiro: 01-177-010-1720

83610000009-7 51530054000-0 06961322019-6 01600177019-3



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
11/01/2019	R\$ 951,53	0696132-2019-01-6

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

Num. 49116550 - Pág. 15



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 Ouvintiva: 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/SIBLIOTECAWEB/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 COAF².

² SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. ³ 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Adenor Veras Pinheiro

inscrito (a) no CPF/CNPJ 973.419.833 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria Jommy Abrantes Vieira inscrito (a) no CPF sob o N° 107.982.274 / 78,

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Maria Jommy Abrantes Vieira

inscrito (a) no CPF sob o N° 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.

Enderço:	R. José Facundes de Lira	Número:	5/N	Complemento:
Bairro:	Gato Preto	Cidade:	Sousa	Estado: PB CEP: 58800000
E-mail:	<u>verasdprate@hotmail.com</u>	Tel.(DDD):	(83) 9.9918-4307	

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

Assinatura do Declarante

21 MAR. 2019

DIDRL.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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 Projetada, 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 Joanny Abrantes Vieira, cujo o condutor era
Matus Virgílio Moreira.

Veículo: Honda/Pop100 Modelo: 2009 Ano: 2008

Placa: M0U3695/PB Chassi: 3C2HB02J09R010864

Data do Acidente: 14/12/2018

Local e Data: Sousa - PB, 18/03/2019

Maria do Socorro Gonçalves Vieira
Assinatura do Declarante



Matus Virgílio Moreira
Assinatura do Condutor

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



JOSÉ NEVES MOREIRA Titular: Bel. Plácio Henrique Rodrigues Neto
Serviço Notarial e Registrável
CNPJ 50.000-330 - Fone: (83) 3221-2072
Rua Despachante do Carvalho, 04 - Centro - Sousa-PB
CEP 58000-000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
MARIA DO SOCORRO GONÇALVES VIEIRA
En testem veritate, Sousa-PB 15/03/2019 09:21:17
FRANCISCO DE SOUSA PEIXOTO NETO - ESCREVENTE
CNPJ 09.403.731/0001-95 RJ-FAROL 029-PEIXOTO-1991-100-019-0-00
SELO DIGITALIZADO 2019-03-15 09:21:17
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/>

Francisco de S. Pedroso Neto
Farevente Autorizado
3º Ofício Sousa-PB

21 MAR. 2019





PREFEITURA DE SOUSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE SOUSA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data <i>34/12/18</i>	ID da Ocorrência <i>040</i>	Nº / Equipe <input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT <i>22</i>	Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base <i>22:24</i> Hs	Hora de Chegada no Local Hs
Paciente / Usuário <i>Maria Jane abrantes Vieira</i>			Idade <i>20</i>	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"/> Vilaírópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro:			Bairro	Médico Regulador <i>Dr. Rodrigo</i>	
Logradouro <i>BR 230</i>					
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	<i>Dr. Daniel Dutra G. Batista</i> MEDICO CRM-PB 10.673				
<i>HRS</i>	Destino (Unidade Hospitalar)				
Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)					

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO Motivo: <input type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: _____
► CAUSAS EXTERNAS <input 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: _____	<input type="checkbox"/> 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: _____	<input type="checkbox"/> Hospital de Destino: _____
	<input type="checkbox"/> Responsável: _____
	ANTECEDENTES
	<input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <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 decubito ventral presa entre galhos, consciente, orientada apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), afiado SSV, AVP, immobilizada curativo.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: Queda de moto Fêmur (D)

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro:

PSOR agravante p/ Queda de moto no local; Paciente sentindo dor intensa em decubito ventral entre galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, feito imobilização protocolo de APT e AVPs.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

Transferir p/ HRS.

BRF - C445 0527

21 MAR. 2019

HRS RAM 15



2 - VIA AÉREA

secca Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo estranho Edema de glote Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:

Espontânea Assistida Rítmico irregular Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

Normal Superficial Regular Irregular

2.3 - ACHADOS:

Crepitação Hemoptise Expectorado 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 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

Bomba de Infusão DEA Desobstrução vias aéreas Drenagem torácica Desfibrilação / Cardioversão Entubação Orotraqueal Inalação de Oxigênio (O2) Imobilização de membros

KED Adulto KED Infantil Massagem cardíaca externa Orotraqueal Prancha Longa Punção venosa Sonda gástrica

Sonda vesical Sedação Talas / Tração Ventilação mecânica (manual / automática) VMI VMNI Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

SORO Fisiológico os equipo manequinhos os gulos de 01 ampolas de dipirona 01 xeringo 10 ml os pd, atendemos

PERFECES DA VÍTIMA

Não

Sim

Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do recebedor: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: J. V. Caxé MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: Ricelle Duarte COREN: Ricelle Duarte de Brito COREN: 501542

ENFERMEIRO(A): M. Belenice F. Duarte COREN: 501542

MÉDICO(A): CRM: _____

M. Belenice F. Pires
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

Num. 49116550 - Pág. 19

MAT: 132.67

Nome: M^{rs} Joanny Clemen^{te} Lira Bloco: _____ Apt.: _____ Leito: _____
D.N.: 01/06/1968 Est. Covik _____ Resp.: F^a Abantes C. Lira
Rua: Engenheiro Carlos P. d'Alva Cidade: Juazeiro Est.: P1B
Médico Assistente: _____ Clínica: _____
Data da Internação: 19/1/2018 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE: Pneum 200 MID

Sintoma Principal: Dificuldade de respirar.

História da Doença Atual: Acidente de automóvel no BR-230
fazendo com que tivesse uma lesão
no fígado fechado do lado direito

EXAME FÍSICO:
- 1a parte
- Exame
- Aferição
- Dr. Jornal
- Radiografia - Fissura do Fígado

DIAGNÓSTICO: Fratura fechada do Fígado Direito

Procedimento:



C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Doris Rocha
MED100
CRM/PB 704228
CRN/SP 4228

21 MAR. 2019



MAT.: 132.593

Nome: Maria Joanny G. Vieira End.: Rua Grantes J. Vieira
D.N.: 04/06/98 Est. Civil: P. Resp.: Dr. Grantes J. Vieira Apt.: Leito:
Rue: Sítio Riacho dos Médicos Cidade: João Pessoa Est.: PB.
Médico Assistente: Dr. Diego Santiago Clínica: Cirúrgico
Data da Internação: 29/01/2019 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE:

Queixa Principal:

Fistula em j. prox. ooxo ♂.

História da Doença Atual:

Pós op. de fímar @ 40 dm.
com lesão em artifício
acredito novo = fistula proximof
am novo, poros.

EXAME FÍSICO:

BEG, Glasgow 15

N.R.

acredito novo = fistula proximof
am novo, poros.

DIAGNÓSTICO:

FRATURA FÉMUR PROXIMOF - Pós op.
40 DM.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedista e Traumatologista
CRM/PB 10832 TECR: 15149

21 MAR. 2019



Hospital:	Casa de Saúde Bom Jesus Ltda.		
Nome do Paciente:			
Nome do Paciente:	Maria Jeanny Abrantes		
Nº Prontuário:			
Data Operação:	19/02/2018	Enf.: 0	Leito:
Cirurgião:	Dr. Diego	1º Auxiliar:	Dr. Diego
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:	
Anestesia:	Dr. Albert	Instrumentador:	
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fistula glauco direita.		
Tipo de Operação:	RAFI (fistula uterina euter)		
Diagnóstico Pré-Operatório:	O. monu		
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:	n.s.		
DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA			
Via de acesso - Táctica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras			
1. Feito em diafragma anterior			
2. Atracado			
3. Mover o saco do grande trocânter com exposição do útero.			
4. Entrada ao canal medular ao nível do grande trocânter sacro pélvico lumbar.			
5. Paragem de gás saia, testemunha de redução. O feto fechado, onde não se conseguia tocar pele pelvis sacra pélvico pélvico pélvico e retrocedida da cara das bolas			
6. Fissurar canal final até fura nº 10 tentado a 11,5, mas não houve progresso			

RELATÓRIO DE CIRURGIA

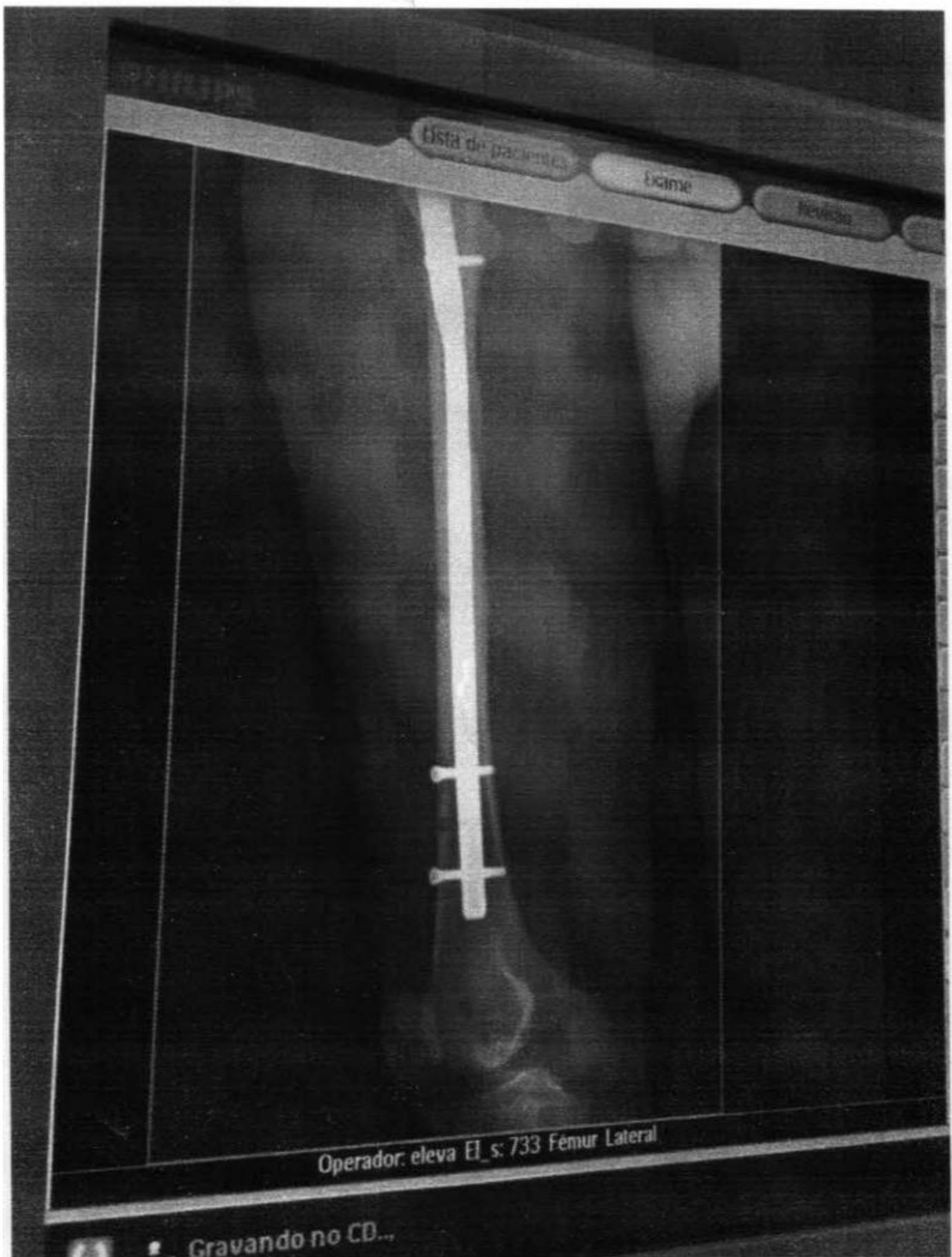
21 MAR. 2019

Ondina Marques - Juiz/PB 3521.1515 (171125)

7. Paraguai de tutor via nº 10x39
com Bloqueio prox (2 praf) e distal (2 praf)
juros! - Pela incógnita =
8. Estude por plauso
9. Cintivo consumivo /
prag.

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

Num. 49116550 - Pág. 24

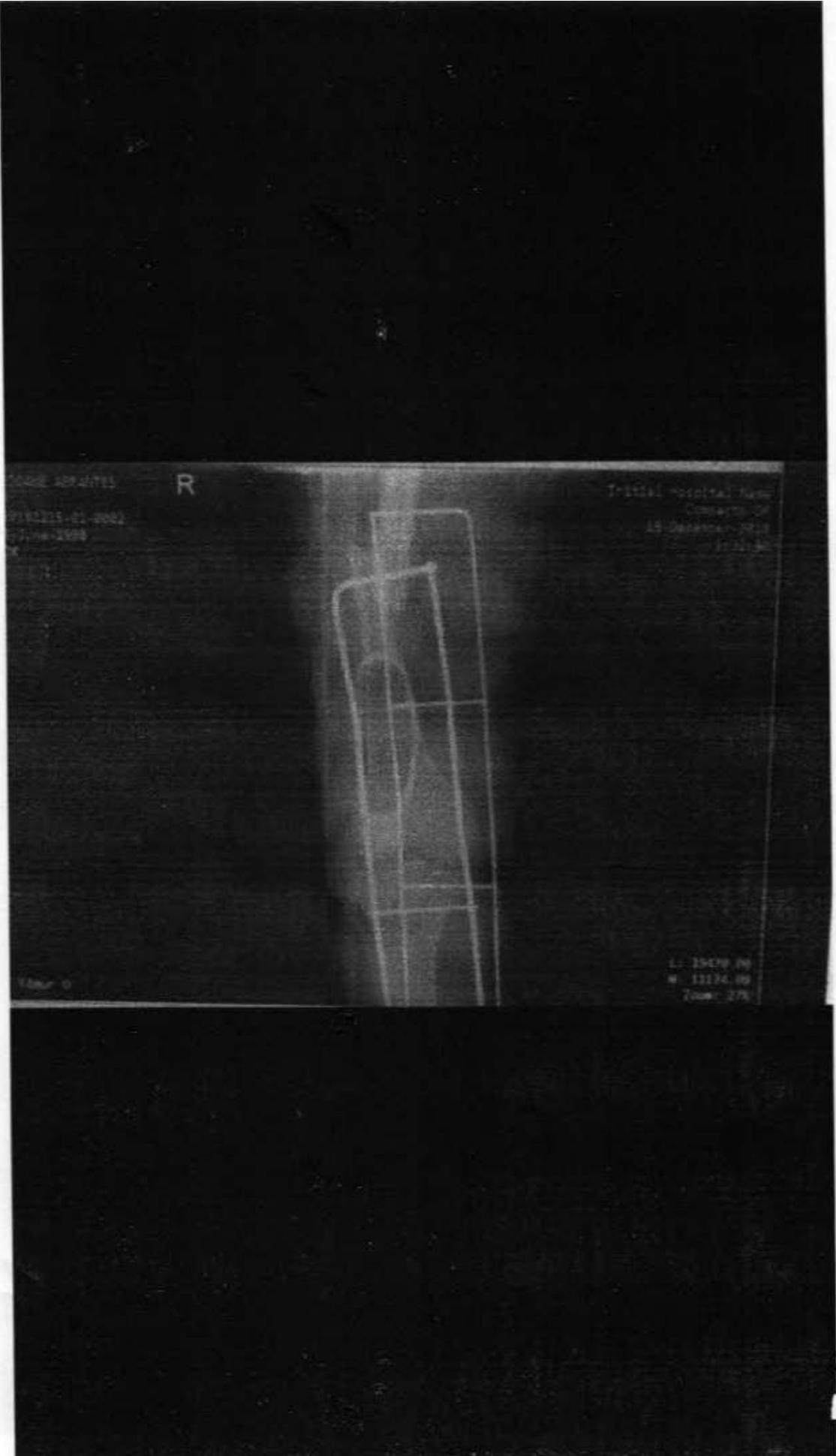


21 MAR. 2019



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

Num. 49116550 - Pág. 25



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

Num. 49116550 - Pág. 26



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

Num. 49116550 - Pág. 27



CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA *nat. femin.*

Nome: Flávia Penning Pimentel Vieira
Sexo: feminino Data de Nascimento: 24/06/98
Endereço: R. Pará, 700 - Centro, n° 166 - São José - SC
Fone: 98339-1513 Médico: Dr. Tiago
Convênio: Particular Data: 19/12/18

Anamnese: Paciente feminina, queixa de tronco há 5 dias, desde houve esse acidente. Desordens no corpo.

Antecedentes Pessoais e Familiares: Não

Exame Físico: Beleza ativa, voz expandida
escoriações pelo tronco, mamas e
mamas.
Pé, deformidade, erupção e
encardecimento do pé, com rotura do
fêmur.

Exames Complementares: Rx

Diagnóstico: Frt de fêmur 3 do 32%

Tratamento: op. Ortopédica com fixação

Caixa Marca - Série PB 3571.104.178815

M 12486

EVOLUÇÃO

21 MAR. 2019

Tiago

Médico Responsável





Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SORR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA D.E.P. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

Name:

Name: _____

date:

Cor: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____ Categoría: _____

21 MAR 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:09:46
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2109271209464820000046611838>
Número do documento: 2109271209464820000046611838

Num. 49116550 - Pág. 29

Gretta Hirsch-Friedman : Catalogue 145

Hospital		HNS
Nome do Paciente M. Joanny A. Vizurro		Nº Prontuário 132 593
Data Operação 29. 1. 19	Enf.	Leito
Operador Dr. Diego	1.º Auxiliar	
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador
Anestesista Dr. Tonio	Tipo de Anestesia Pós-op. tordio fémur (R). (Fistula) — Secundaria	
Diagnóstico Pré-Operatório		
Tipo de Operação Limpeza P. Renecau fistula.		
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

Pct. DDH P. Ragiouanário.
Anexos e oofitecos.
Colocam campo estéril.
Renewal de fistula e nova cicatriz.
Reciam mesma qtd em lael- sevoma.
SI 1 pun.
SF 0.9% - limpeza.
Hemostasia pun.
Sutura por plástif.
Curativo estéril.
As curados em pt.

Dr. Diogo S. Souto
Operação P. Ragiouanário
Cirurgião Plástico - Especialista

21 MAR. 2019





CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

SOUSA - PB

EVOLUÇÃO

Nome:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
19/12		<p>Paciente submetido a exame Cintigrafia para detectar o local da fratura, que se encontra fixo e doloroso. Imagem 10x24. Foto P. 1 e Bloco D. 2</p> <p>Obs: Durante a detecção da causa da fratura proximal (causa muito estrutural), para colocação da amputação funcional, houve lesão ao córtex medial do fêmur, com gêiser local (falso trajeto da ferida). O que ocorrido não compromete no entanto o grau de estabilização conseguido neste implantado.</p>
	10:00	pronto
20/12		<p>Paciente evoluí seu seu dor importante. Queria tentar se libertar das suas limitações. Tinha importante essa ferida curada, especialmente fechado e seca.</p> <p>Col observação dia</p>
		pronto
21.12.18	2º DP.O	<p>Paciente nega infecção e sem dor. Aprendeu a passar febreira às 14h de ontem e não mais, melhorou tonus.</p> <p>Sem dor significativa.</p> <p>Fo limpa.</p> <p>Isconização da ferida.</p>

21 MAR 2010





Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SANTA CATARINA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA
Nome: Wony Surname: Young Middle name: Want
idade: 10 Cor: Branca Enfermaria: 07 Leito: 03 Categoría: Favela

21 MAR 2019

DATA	HORA	
25/12/18		Dem. minin tpr UNII. NV Q.
		CD: Alta m ^o cicico.
		Dor cargo parcial- expliq Xoreto!
		Atb, sintomatiss.
		Retirar ponta 15 dias.
		Curativo em escoriação.
		Paciente com melhores clinicas.
		<i>Dr. Diego Ferreira Otopediatra e Traumatologo CRM/PB 10932 TOT 15149</i>

21 MAR 2019





CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

HOME: Piaue FUNNY LIBRARY VIEIRA LEITO: 10.

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

DATA	PREScrição MÉDICA	OBSERVAÇÕES
19/12	1. Diclo Zero 100mg Apo 136. 2. 800mg 1500ml Dm 818h. 3. Dipirona 200mg NC 166 4. Tifalp 20mg w 12/12h. 5. Cefazolin 1g w 818h 6. Paracetamol 500mg w 818h 7. Clorasept 20mg Sc 1x 8. 8m → mag	10 18 06 12 18 24 06 12 24 14 22 06 14 22 06 16 : Fluor 10-1200ml
20/12	1. Diclo 200mg 2. 800mg 500ml P w 818h. 3. Dipirona 200mg NC 166 4. Tifalp 20mg w 12/12h 5. Cefazolin 1g w 818h 6. Karelto 15mg vr 1x 7. 8m → mag	14 22 06 12 18 24 06 12 24 14 22 06 12.
21/12		
22/12		
23/12		
24/12		
25/12		
26/12		
27/12		
28/12		
29/12		
30/12		
31/12		
01/01		
02/01		
03/01		
04/01		
05/01		
06/01		
07/01		
08/01		
09/01		
10/01		
11/01		
12/01		
13/01		
14/01		
15/01		
16/01		
17/01		
18/01		
19/01		
20/01		
21/01		
22/01		
23/01		
24/01		
25/01		
26/01		
27/01		
28/01		
29/01		
30/01		
31/01		
01/02		
02/02		
03/02		
04/02		
05/02		
06/02		
07/02		
08/02		
09/02		
10/02		
11/02		
12/02		
13/02		
14/02		
15/02		
16/02		
17/02		
18/02		
19/02		
20/02		
21/02		
22/02		
23/02		
24/02		
25/02		
26/02		
27/02		
28/02		
29/02		
30/02		
31/02		
01/03		
02/03		
03/03		
04/03		
05/03		
06/03		
07/03		
08/03		
09/03		
10/03		
11/03		
12/03		
13/03		
14/03		
15/03		
16/03		
17/03		
18/03		
19/03		
20/03		
21/03		
22/03		
23/03		
24/03		
25/03		
26/03		
27/03		
28/03		
29/03		
30/03		
31/03		
01/04		
02/04		
03/04		
04/04		
05/04		
06/04		
07/04		
08/04		
09/04		
10/04		
11/04		
12/04		
13/04		
14/04		
15/04		
16/04		
17/04		
18/04		
19/04		
20/04		
21/04		
22/04		
23/04		
24/04		
25/04		
26/04		
27/04		
28/04		
29/04		
30/04		
31/04		
01/05		
02/05		
03/05		
04/05		
05/05		
06/05		
07/05		
08/05		
09/05		
10/05		
11/05		
12/05		
13/05		
14/05		
15/05		
16/05		
17/05		
18/05		
19/05		
20/05		
21/05		
22/05		
23/05		
24/05		
25/05		
26/05		
27/05		
28/05		
29/05		
30/05		
31/05		
01/06		
02/06		
03/06		
04/06		
05/06		
06/06		
07/06		
08/06		
09/06		
10/06		
11/06		
12/06		
13/06		
14/06		
15/06		
16/06		
17/06		
18/06		
19/06		
20/06		
21/06		
22/06		
23/06		
24/06		
25/06		
26/06		
27/06		
28/06		
29/06		
30/06		
31/06		
01/07		
02/07		
03/07		
04/07		
05/07		
06/07		
07/07		
08/07		
09/07		
10/07		
11/07		
12/07		
13/07		
14/07		
15/07		
16/07		
17/07		
18/07		
19/07		
20/07		
21/07		
22/07		
23/07		
24/07		
25/07		
26/07		
27/07		
28/07		
29/07		
30/07		
31/07		
01/08		
02/08		
03/08		
04/08		
05/08		
06/08		
07/08		
08/08		
09/08		
10/08		
11/08		
12/08		
13/08		
14/08		
15/08		
16/08		
17/08		
18/08		
19/08		
20/08		
21/08		
22/08		
23/08		
24/08		
25/08		
26/08		
27/08		
28/08		
29/08		
30/08		
31/08		
01/09		
02/09		
03/09		
04/09		
05/09		
06/09		
07/09		
08/09		
09/09		
10/09		
11/09		
12/09		
13/09		
14/09		
15/09		
16/09		
17/09		
18/09		
19/09		
20/09		
21/09		
22/09		
23/09		
24/09		
25/09		
26/09		
27/09		
28/09		
29/09		
30/09		
31/09		
01/10		
02/10		
03/10		
04/10		
05/10		
06/10		
07/10		
08/10		
09/10		
10/10		
11/10		
12/10		
13/10		
14/10		
15/10		
16/10		
17/10		
18/10		
19/10		
20/10		
21/10		
22/10		
23/10		
24/10		
25/10		
26/10		
27/10		
28/10		
29/10		
30/10		
31/10		
01/11		
02/11		
03/11		
04/11		
05/11		
06/11		
07/11		
08/11		
09/11		
10/11		
11/11		
12/11		
13/11		
14/11		
15/11		
16/11		
17/11		
18/11		
19/11		
20/11		
21/11		
22/11		
23/11		
24/11		
25/11		
26/11		
27/11		
28/11		
29/11		
30/11		
31/11		
01/12		
02/12		
03/12		
04/12		
05/12		
06/12		
07/12		
08/12		
09/12		
10/12		
11/12		
12/12		
13/12		
14/12		
15/12		
16/12		
17/12		
18/12		
19/12		
20/12		
21/12		
22/12		
23/12		
24/12		
25/12		
26/12		
27/12		
28/12		
29/12		
30/12		
31/12		
01/01		
02/01		
03/01		
04/01		
05/01		
06/01		
07/01		
08/01		
09/01		
10/01		
11/01		
12/01		
13/01		
14/01		
15/01		
16/01		
17/01		
18/01		
19/01		
20/01		
21/01		
22/01		
23/01		
24/01		
25/01		
26/01		
27/01		
28/01		
29/01		
30/01		
31/01		
01/02		
02/02		
03/02		
04/02		
05/02		
06/02		
07/02		
08/02		
09/02		
10/02		
11/02		
12/02		
13/02		
14/02		
15/02		
16/02		
17/02		
18/02		
19/02		
20/02		
21/02		
22/02		
23/02		
24/02		
25/02		
26/02		
27/02		
28/02		
29/02		
30/02		
31/02		
01/03		
02/03		
03/03		
04/03		
05/03		
06/03		
07/03		
08/03		
09/03		
10/03		
11/03		
12/03		
13/03		
14/03		
15/03		
16/03		
17/03		
18/03		
19/03		
20/03		
21/03		
22/03		
23/03		
24/03		
25/03		
26/03		
27/03		
28/03		
29/03		
30/03		
31/03		
01/04		
02/04		
03/04		
04/04		
05/04		
06/04		
07/04		
08/04		
09/04		
10/04		
11/04		
12/04		
13/04		
14/04		
15/04		
16/04		
17/04		
18/04		
19/04		
20/04		
21/04		
22/04		
23/04		
24/04		
25/04		
26/04		
27/04		
28/04		
29/04		
30/04		
31/04		
01/05		
02/05		
03/05		
04/05		
05/05		
06/05		
07/05		
08/05		
09/05		
10/05		
11/05		
12/05		
13/05		
14/05		
15/05		
16/05		
17/05		
18/05		
19/05		
20/05		
21/05		
22/05		

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 auxilio 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 João Mavino Filho, 30 – Estação - Sousa – PB

15 ABR. 2019





PREFEITURA DE SOUSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE SOUSA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data <i>31/12/18</i>	ID da Ocorrência <i>045</i>	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe <i>02</i>	Planejado: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base <i>22:21 Hs</i>	Hora de Chegada no Local <i>: Hs</i>
Paciente / Usuário <i>Maria Jane abrantes Viana</i>					Idade <i>20</i>	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
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 <i>BR 230</i>	Bairro	Médico Regulador <i>Dr. Rodrigo</i>			
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 Tercelos <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			Dr. Danila Dutrioga G. Batista CRM-PB 10.673			
<i>HRS</i>	Destino (Unidade Hospitalar)		Responsável e Função (Assinatura e Carimbo)			

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO Motivo: <input type="checkbox"/> TRAUMA	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA Hospital de Origem: _____
> CAUSAS EXTERNAS ► 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: _____	<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES Responsável: _____ Hospital de Destino: _____ Responsável: _____ Quals? _____

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 decubito ventral presa entre galhos, consciente, orientada, apresentando corte profundo na região occipital, fratura sobreposta fechada em fêmur (D), após SSV, AVP e mobilização curativa.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: *Queda de moto Fêmur (D)*

Intervenções: _____

Evolução do Enfermeiro: *Visou avançar p/ Quarta demissão no local. Paciente consciente orientada em decubito ventral nos galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, feito imobilização protótipo de APAT e AVP.*

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA

Enduzer p/ HRS.

GBF - 0408 8527

21 MAR. 2019

HRS SAM 15



SUS

ESTADO
DO PIAUÍ
DE SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE SÃO MIGUEL GONÇALVES DE AGUIAR
SOUZA - PI.

MAT.: 132.002

Name: M^o Joanny Cibronien Vieira Bloco: _____ Apt.: _____ Leito: _____
D.N.: 01/06/1962 Est. Covik: _____ Resp.: F^a Almínter C. L. D. 20
Rua: Engenheiro Taíde P. d. Clá Cidade: Olinda Est.: PB
Médico Assistente: _____ Clínica: _____
Data da Internação: 13/03/2017 Peso: _____ Temperatura: _____ P. L.: _____

ANAMNESE: Fluxo de CID

Ociso Principal: Dificuldade de urinar

História da Doença Anual: Acidente de automóvel no dia 23/01/2017.
Foi levado para o hospital Santa Casa com suspeita
de fratura pilular do fêmur direito

EXAME FÍSICO: - Pneumonía

- Edema

- Dificuldade

- Dificuldade

- Ornitíase - fústula do fêmur D.

- Fratura pilular do fêmur Direito

DIAGNÓSTICO:

Procedimento:

(P)

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

21 MAR. 2019

Dr. Denis Rocha
MEDICO
CRM-PB 70466 CRMRN 4228



MAT.: 132.593

Nome: Maria Fanny C. Vieira Bloco: 7 Apt.º: Leite
D.N.: 07/06/98 Est. Civil: S Resp.: Jean Cibrantes J. Vieira
Rua: Sítio Riacho dos Médicos Cidade: João Pessoa Est.: PB.
Médico Assistente: Dr. Diego Santiago Clínica: Cirúrgico
Data da Internação: 29/01/2019 Peso: _____ Temperatura: _____ P.A.: _____

ANAMNESE:

Queixa Principal:

Fíntula em j. prox. coxa ♂.

História da Doença Atual:

Pós op. de fêmur ♂ 40 dm
com boa evol. da art. liga
necessário novo.

EXAME FÍSICO:

BEG, Glasgow 15

NRP.

Necessário novo = fíntula proximal
sem necess. paraventosa.

DIAGNÓSTICO:

FRATURA FÉMUR PROXIMAL ♂ - Pós op.
40 dm.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

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

21 MAR. 2019



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

Nome do Paciente:		Nº Prontuário:
Maria Joanny Abramte		
Data Operação:	19/02/2018	Enf.: 0
Cirurgião:	Dr. Tiago	Leito:
2º Auxiliar:	Dr. Albert	1º Auxiliar: Dr. Diego
Anestesia:		Instrumentador:
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fistula gástrica direita	
Tipo de Operação:	RFFI (Fistula entaniedular)	
Diagnóstico Pré-Operatório:	O. Momo	
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no ato:	Mar	

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

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

1. Feti em sirogs sel adutone
2. Arafac
3. Uvarov proe ao grande trocante com exposição do membro.
4. Entrada ao canal medular ao nível do grande trocante com punhalado digital.
5. Danagam de fio fusa, tentarizar de reduz a face fechado, onde devo ter conseguido face fio pequena uvaria p/ redução sol palpebral e intubada de cara de bataf
6. preservar canal femoral até fusa nº 6 tentado a 11.5, mas nst houve progresso

RELATÓRIO DE CIRURGIA

21 MAR. 2019

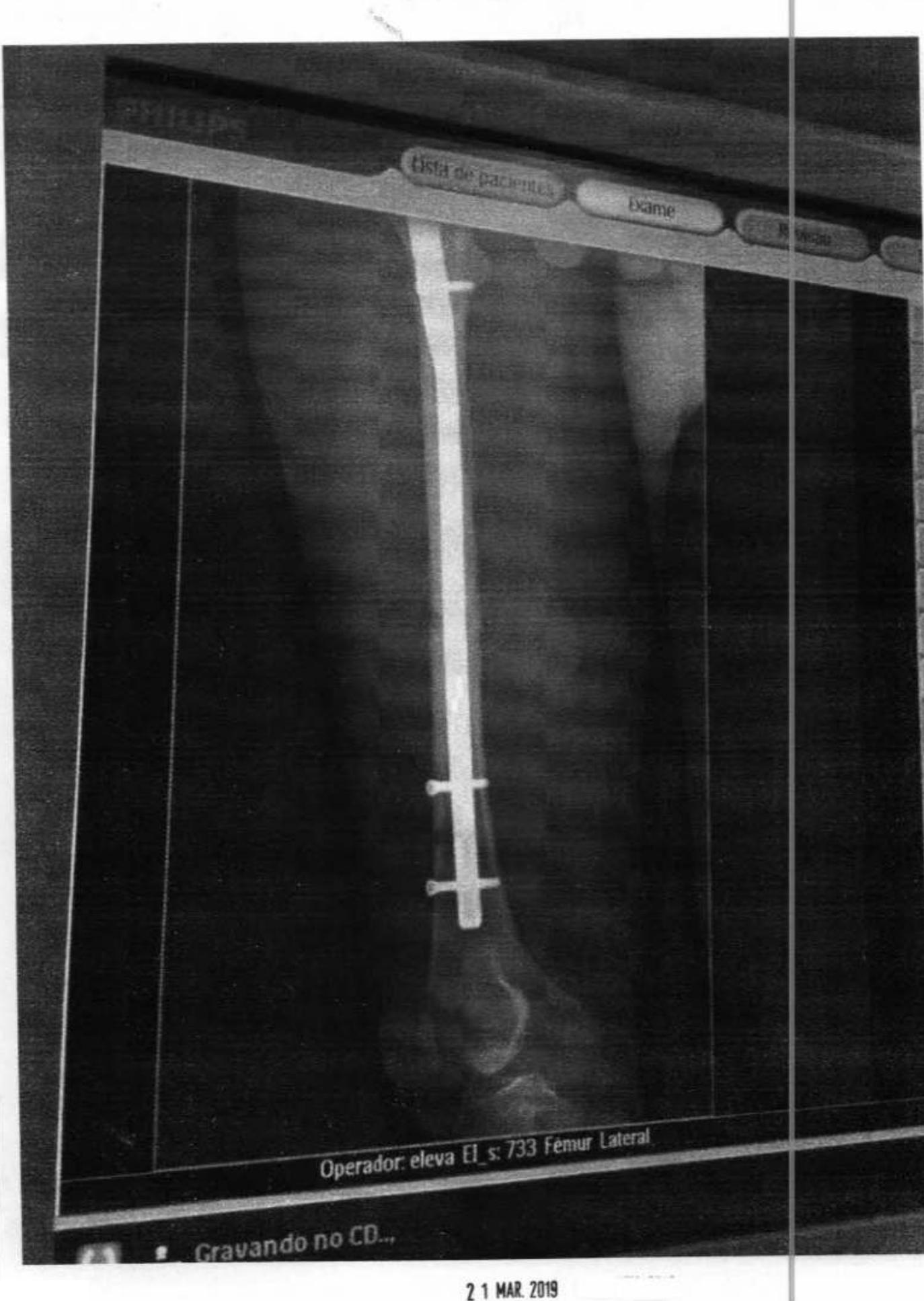
Gabinete Hospital - Série/PB 3521.1515 (17132)



7. Paraguru de tutor na nº 10x39
com Bloqueio prox (2 maf) e distal (2 maf)
juros! - Pela incóprie =
8. Entule por plástico
9. Cintivo colaparivio / frag.

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

Num. 49116550 - Pág. 41

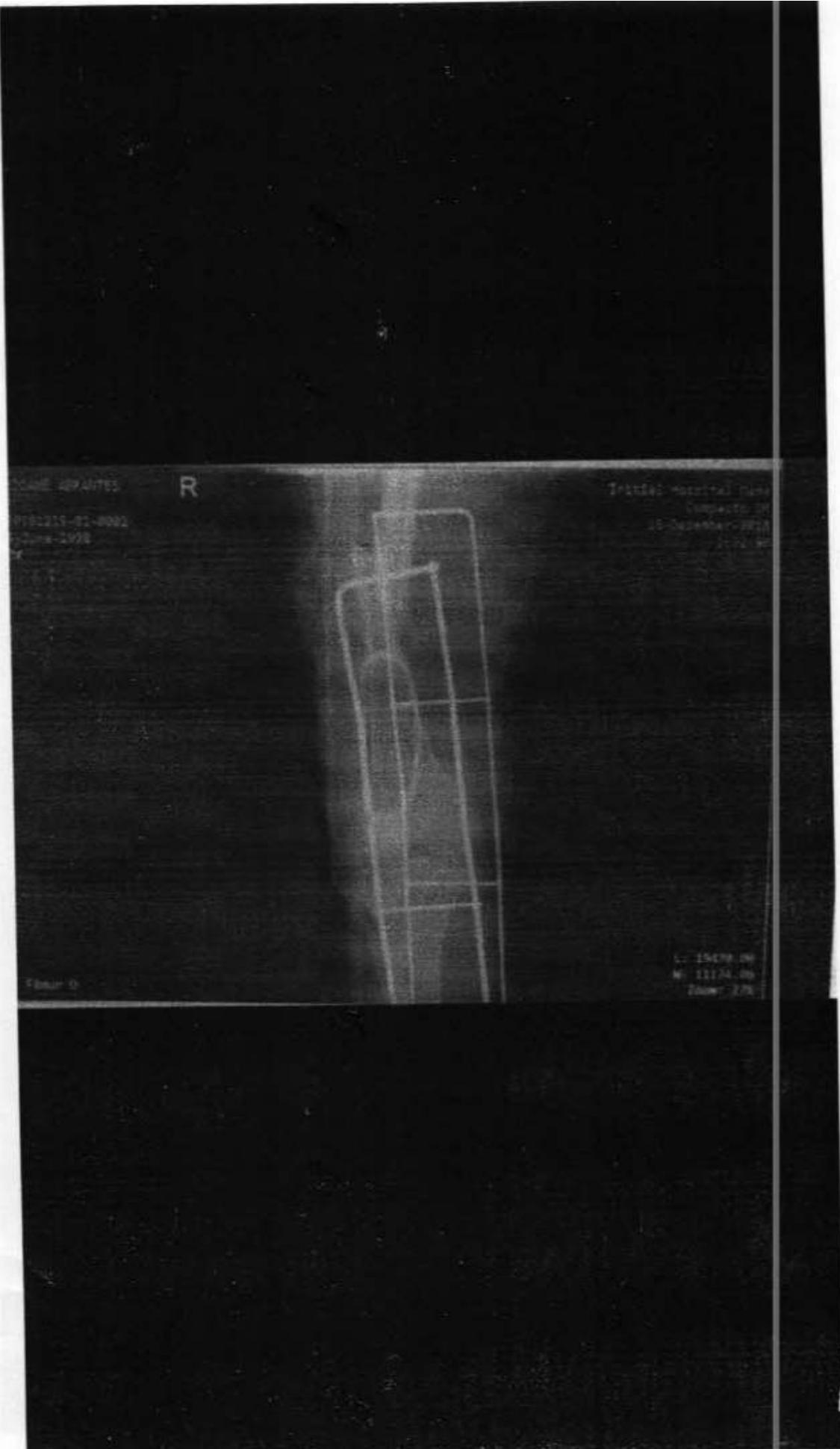


21 MAR. 2019



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

Num. 49116550 - Pág. 42



21 MAR 20



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:09:46
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712094648200000046611838>
Número do documento: 21092712094648200000046611838

Num. 49116550 - Pág. 43



21 MAR



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

Num. 49116550 - Pág. 44



CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA

hor. feminino

Nome: Flávia Bonney Rubenck Vieira
Sexo: feminino Data de Nascimento: 24/06/98
Endereço: R. Barão Pires de Faria, n° 166 - São José - Pernambuco
Fone: 98339-1513 Médico: Dr. Tiago
Convênio: Particular Data: 19/12/18

Anamnese: Paciente vítima de queda de tronco há 5 dias, desde então com dor e escoriações pelo corpo.

Antecedentes Pessoais e Familiares: Nada.

Exame Físico: Beleza ativa, visão expacifica
escoriações pelo tronco, membro e
mãos.
Pele, descolorida, erupções e
encardimento do tronco, com rotas do
fêmur.

Exames Complementares: Rx.

Diagnóstico: Fst de fêmur 3 a 32%

Tratamento: cpo Ortopédico com fisioter.

Código Mapeado - Sistema PPS 04/2014 (TJPEL)

M 12486

21 MAR. 2019

EVOLUÇÃO

Freitas
Médico Responsável





Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

Name:		Idade:		Cor:		Enfermaria:		Leito:		Categoria:	
RELATÓRIO											
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA				HORÁRIO						
19/07/2012	Dosis 1000 mg				24h						
	M. Q1d x 1200				24h						
	Desidro. 1				24h						
	Furosem. 200 mg				24h						
	Clor. 400 mg				24h						
	Gom. 500 mg				24h						
	Motil. 100 mg				24h						
	Inj. 20 ml				24h						
	C. 600 mg				24h						
	G. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	D. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						
	O. 1000 mg				24h						
	C. 500 mg				24h						
	S. 500 mg				24h						

21 MAR 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:09:46
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2109271209464820000046611838>
Número do documento: 2109271209464820000046611838

Num. 49116550 - Pág. 46

		Hospital	HNS
Nome do Paciente		Nº Prontuário	
M. Joanny A. Vitor		132 593	
Data Operação	29. 3. 19	Enf.	Leito
Operador	Dr. Diego	1.º Auxiliar	
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar		Instrumentador
Anestesista	Dro. Tônio	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Pós-op. tardio femur (D). (Fistula) — Secundário venoso		
Tipo de Operação	Limpeza e Ressecção fistula.		
Diagnóstico Pós Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

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

Pct. DDH P Região anterior
Arrepios e ondulação
Colocam campo estéril
Ressecam fistula e nova cicatriz.
Reciam mistura glicol em local venoso.
SI / Dun.
SF dixi - limpeza.
Hemostasia plena.
Sutura por planif.
Curativo estéril
As curados em juntas

Dr. Diogo S. Siqueira
Operador e Procurador
Estimativa de tempo: 1 hora

21 MAR. 2019



CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

SOUSA - PB

EVOLUÇÃO

Nome:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
19/12		<p>Paciente subentida a febre cujos sint. leuc 3 / Coer fogo far, oliguria proxe distal. Urte 10x34. HbG P. 1. Bldg D. 2</p> <p>obs: Durante exames li caus metastase proximal (causal muito estrukt), para colocacq li nuphar especial, houve lesao al cortex medial do fum, com fortuna local (falso trajeto da fura), o que ocorrido que compromete no encontro o grau de estabilidade causada neste implante.</p> <p style="text-align: right;">piag</p> <p>10 DPO</p>
21/12		<p>Paciente evolu seu leu dos, importante. Queria tentar ao tentar sua testica. Foi um esforço eus foco cura, espontâne, fech area.</p> <p>ad obscuras 30h</p> <p style="text-align: right;">piag</p>
23.12.10	2º DPO	<p>Paciente nega intial e xm dor. Aprendeu + piag febril n 14h de on fm e não melhora dor.</p> <p>Sim dor significativo. fo limpa. iscionan da queda.</p> <p style="text-align: center;">21 MAR 2010</p>





Estado da Paraíba

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Nome: Morôjó, Joêng Shant **idade:** com

Cor: _____ Enfermaria: 07 Lotto: 01 Categoría: Foto

21 MAR 2019



21 MAR 2019

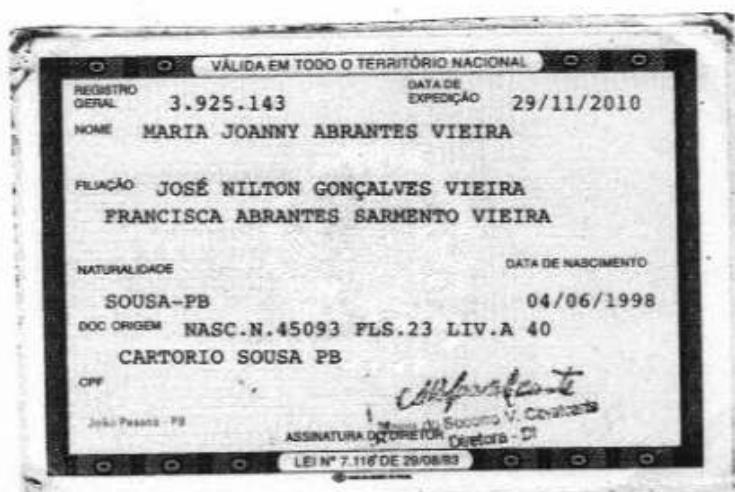


CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

NOME: Iphane Fumny Pimenta Vieira LEITO: 10.

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSEVAÇÕES
19/12	1. Diclo Zero 500mg Apm 13h. 2. Sf 0,9% 500ml ev 818h. 3. Dipirona 500mg ev 0616h 4. Tifalp 20mg ev 12/12h. 5. Cefazolin 3g ev 818h 6. Paracetamol 500mg ev 818h 7. Clerance 500mg ev 1x 8. Sf	10 18 06 12 18 24 06 12 24 14 22 06 14 22 06 15
20/12	1. Diclo 500mg 2. Sf 0,9% 500ml ev 818h. 3. Dipirona 500mg ev 0616h 4. Tifalp 20mg ev 12/12h 5. Cefazolin 1g ev 818h 6. Karelto 15mg ev 1x 7. Sf	14 22 06 12 18 24 06 12 24 14 22 06 12
21/12		
22/12		
23/12		
24/12		
25/12		
26/12		
27/12		
28/12		
29/12		
30/12		
31/12		
01/01		
02/01		
03/01		
04/01		
05/01		
06/01		
07/01		
08/01		
09/01		
10/01		
11/01		
12/01		
13/01		
14/01		
15/01		
16/01		
17/01		
18/01		
19/01		
20/01		
21/01		
22/01		
23/01		
24/01		
25/01		
26/01		
27/01		
28/01		
29/01		
30/01		
31/01		
01/02		
02/02		
03/02		
04/02		
05/02		
06/02		
07/02		
08/02		
09/02		
10/02		
11/02		
12/02		
13/02		
14/02		
15/02		
16/02		
17/02		
18/02		
19/02		
20/02		
21/02		
22/02		
23/02		
24/02		
25/02		
26/02		
27/02		
28/02		
29/02		
30/02		
01/03		
02/03		
03/03		
04/03		
05/03		
06/03		
07/03		
08/03		
09/03		
10/03		
11/03		
12/03		
13/03		
14/03		
15/03		
16/03		
17/03		
18/03		
19/03		
20/03		
21/03		
22/03		
23/03		
24/03		
25/03		
26/03		
27/03		
28/03		
29/03		
30/03		
01/04		
02/04		
03/04		
04/04		
05/04		
06/04		
07/04		
08/04		
09/04		
10/04		
11/04		
12/04		
13/04		
14/04		
15/04		
16/04		
17/04		
18/04		
19/04		
20/04		
21/04		
22/04		
23/04		
24/04		
25/04		
26/04		
27/04		
28/04		
29/04		
30/04		
01/05		
02/05		
03/05		
04/05		
05/05		
06/05		
07/05		
08/05		
09/05		
10/05		
11/05		
12/05		
13/05		
14/05		
15/05		
16/05		
17/05		
18/05		
19/05		
20/05		
21/05		
22/05		
23/05		
24/05		
25/05		
26/05		
27/05		
28/05		
29/05		
30/05		
01/06		
02/06		
03/06		
04/06		
05/06		
06/06		
07/06		
08/06		
09/06		
10/06		
11/06		
12/06		
13/06		
14/06		
15/06		
16/06		
17/06		
18/06		
19/06		
20/06		
21/06		
22/06		
23/06		
24/06		
25/06		
26/06		
27/06		
28/06		
29/06		
30/06		
01/07		
02/07		
03/07		
04/07		
05/07		
06/07		
07/07		
08/07		
09/07		
10/07		
11/07		
12/07		
13/07		
14/07		
15/07		
16/07		
17/07		
18/07		
19/07		
20/07		
21/07		
22/07		
23/07		
24/07		
25/07		
26/07		
27/07		
28/07		
29/07		
30/07		
01/08		
02/08		
03/08		
04/08		
05/08		
06/08		
07/08		
08/08		
09/08		
10/08		
11/08		
12/08		
13/08		
14/08		
15/08		
16/08		
17/08		
18/08		
19/08		
20/08		
21/08		
22/08		
23/08		
24/08		
25/08		
26/08		
27/08		
28/08		
29/08		
30/08		
01/09		
02/09		
03/09		
04/09		
05/09		
06/09		
07/09		
08/09		
09/09		
10/09		
11/09		
12/09		
13/09		
14/09		
15/09		
16/09		
17/09		
18/09		
19/09		
20/09		
21/09		
22/09		
23/09		
24/09		
25/09		
26/09		
27/09		
28/09		
29/09		
30/09		
01/10		
02/10		
03/10		
04/10		
05/10		
06/10		
07/10		
08/10		
09/10		
10/10		
11/10		
12/10		
13/10		
14/10		
15/10		
16/10		
17/10		
18/10		
19/10		
20/10		
21/10		
22/10		
23/10		
24/10		
25/10		
26/10		
27/10		
28/10		
29/10		
30/10		
01/11		
02/11		
03/11		
04/11		
05/11		
06/11		
07/11		
08/11		
09/11		
10/11		
11/11		
12/11		
13/11		
14/11		
15/11		
16/11		
17/11		
18/11		
19/11		
20/11		
21/11		
22/11		
23/11		
24/11		
25/11		
26/11		
27/11		
28/11		
29/11		
30/11		
01/12		
02/12		
03/12		
04/12		
05/12		
06/12		
07/12		
08/12		
09/12		
10/12		
11/12		
12/12		
13/12		
14/12		
15/12		
16/12		
17/12		
18/12		
19/12		
20/12		
21/12		
22/12		
23/12		
24/12		
25/12		
26/12		
27/12		
28/12		
29/12		
30/12		
01/01		
02/01		
03/01		
04/01		
05/01		
06/01		
07/01		
08/01		
09/01		
10/01		
11/01		
12/01		
13/01		
14/01		
15/01		
16/01		
17/01		
18/01		
19/01		
20/01		
21/01		
22/01		
23/01		
24/01		
25/01		
26/01		
27/01		
28/01		
29/01		
30/01		
01/02		
02/02		
03/02		
04/02		
05/02		
06/02		
07/02		
08/02		
09/02		
10/02		
11/02		
12/02		
13/02		
14/02		
15/02		
16/02		
17/02		
18/02		
19/02		
20/02		
21/02		
22/02		
23/02		
24/02		
25/02		
26/02		
27/02		
28/02		
29/02		
30/02		
01/03		
02/03		
03/03		
04/03		
05/03		
06/03		
07/03		
08/03		
09/03		
10/03		
11/03		
12/03		
13/03		
14/03		
15/03		
16/03		
17/03		
18/03		
19/03		
20/03		
21/03		
22/03		
23/03		
24/03		
25/03		
26/03		
27/03		
28/03		
29/03		
30/03		
01/04		
02/04		
03/04		
04/04		
05/04		
06/04		
07/04		
08/04		
09/04		



21 MAR. 2019



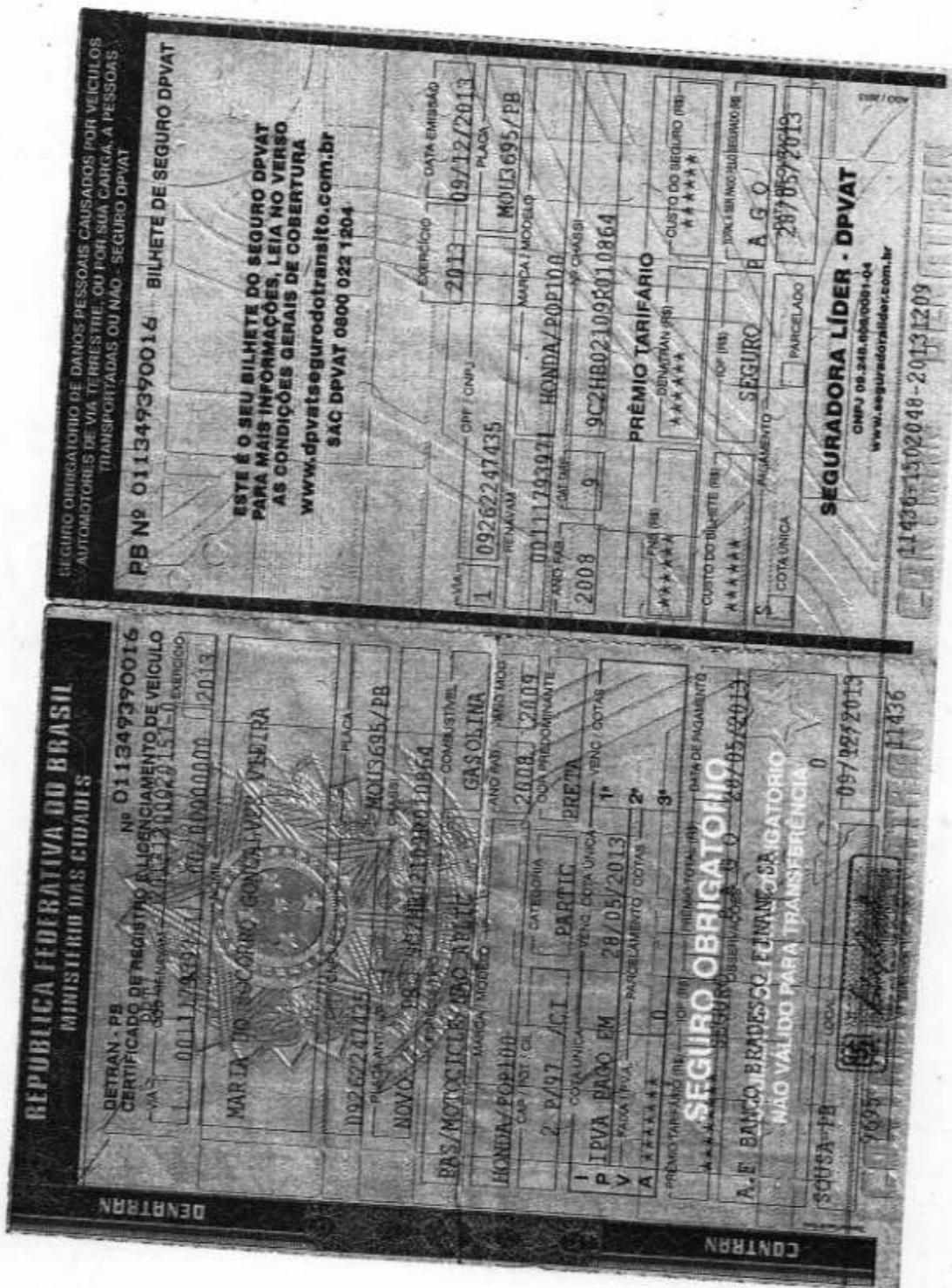


21 MAR 2019



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

Num. 49116550 - Pág. 53



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



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

Num. 49116550 - Pág. 55

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 sequelas

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: Revisor
Endereço: Rua Dr. Carlos Pires Nº S/N
Bairro: São José Cep: 58804-200 Cidade/UF: Sousa / PB
Telefone: (83) 9 8181 8197 () _____ () _____

OUTORGADO:

Nome: Carlos Ademir Veras Pinheiro
RG: 2003097006008 Orgão Emissor: SSP/CE CPF: 973419.833-53
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Empresário
Endereço: Rua José Figueiredo de Faria Nº 5/N
Bairro: Gato 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:

Vitima: Maria Joanny Abritas Vieira

CPF: 107.982.274-78 Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura solicitada: Invalidez Permanente DAMS Morte

Local e data

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

21 MAR. 2019



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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/12/2018

Titular do CPF: MARIA JOANNY
ABRANTES VIEIRA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL



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

Num. 49116550 - Pág. 58

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:09:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712094744500000046611841>
Número do documento: 21092712094744500000046611841

Num. 49116553 - Pág. 1



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.^a, 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.joaoarbosaadvass.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

Num. 49116555 - Pág. 1

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

Num. 49116555 - Pág. 2



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; 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.

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



Assinado eletronicamente por: FABIA ODLAREG MOURA BARBOSA - 27/09/2021 10:48:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092710482435200000046602988>
Número do documento: 21092710482435200000046602988

Num. 49106797 - Pág. 1

**Comprovante de Resgate de Depósito Judicial**<http://www.bb.com.br>

Comprovante de Resgate Justiça Estadual

Número de Protocolo : 00000000054651810
Processo : 08074441620208150371
Número 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 Líq. Pagamento : R\$ 203,22
Data do Pagamento : 24/09/2021

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Conta Resgatada : 4800132233400

=====

Autenticação Eletrônica: B64984A44AFEEAFO
Acesse seus comprovantes diretamente no site
www.bb.com.br, no menu Judiciário > Serviços
Exclusivos > Depósito Judicial > Comprovantes.
Clientes BB também podem acessar no Autoatendimento Pessoa Física e Gerenciador Financeiro.



Assinado eletronicamente por: FABIA ODLAREG MOURA BARBOSA - 27/09/2021 10:48:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092710482474500000046602991>
Número do documento: 21092710482474500000046602991

27/09/2021 09:30

Num. 49107300 - Pág. 1