



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 |
| 49115997 | 27/09/2021 12:09 | Petição | Petição |
| 49116550 | 27/09/2021 12:09 | 2775203_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_03 | Outros Documentos |
| 49116553 | 27/09/2021 12:09 | 2775203_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02 | Outros Documentos |
| 49116555 | 27/09/2021 12:09 | 2775203_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01 | Outros Documentos |
| 49106797 | 27/09/2021 10:48 | Certidão | Certidão |
| 49107300 | 27/09/2021 10:48 | Comprovante de Resgate de Depósito Judicial | Outros Documentos |

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14098094





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

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Data do Acidente: 14/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000038124-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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 - INVALIDEZ

00050118



Carta nº 1423728





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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

| | | |
|--|--------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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 | CONTA: 38124 | AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ |
| (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) |

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

| | |
|--------------------|--|
| TESTEMUNHAS | |
| 1ª Nome: | |
| CPF: | |
| Assinatura | |
| 2ª Nome: | |
| CPF: | |
| Assinatura | |

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

21 MAR. 2019



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

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

Resultado da Avaliação Médica

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

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


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





GOVERNO DA PARAÍBA

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

BOLETIM DE OCORRENCIA POLICIAL Nº 021 - 2019.

Versando sobre: **ACIDENTE DE TRÂNSITO.**

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

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

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

São Francisco-PB, 08 de março de 2019.

COMUNICANTE: Maria Joanny Abrantes Vieira
COMUNICANTE

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

Sebastião de Paula Lima
Escritório de Polícia Civil
Ad-Hoc

21 MAR. 2019



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

RENDA MENSAL:

| | | | |
|---|--|--|---|
| <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"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) | |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) | | Nome do BANCO: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | | |
| AGÊNCIA: 0558 | CONTA: 38124 | AGÊNCIA: | CONTA: |
| (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) |

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

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

21 MAR. 2019



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

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

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

1 - DADOS VITAIS

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

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

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

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

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro: 13h30s acuriosidade p/ queda de moto no local. Paciente consciente orientada em decúbito ventral sob galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, seguindo o protocolo de RPA e AVP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: Produzir p/ HRS.

SRF - CANS 9127

21 MAR. 2019



2 - VIA AÉREA

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

2.1 - VENTILAÇÃO:

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

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

3 - CIRCULAÇÃO:

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

3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: _____

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

PROCEDIMENTOS

☐ Bomba de Infusão
☐ Cânula Orofaríngea
☐ Colar cervical
☐ Controle de hemorragia
☐ Cricotireoidostomia
☐ Curativo

☐ 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 manométrico os glicos 20 os
ampolas de dipirona os xeringa 10 ml os PD, ataduros

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim

Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: Suelio Moreira

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: Ricely Duarte

COREN: Ricely Duarte de Brito

ENFERMEIRO(A): M^{re} Betânia S. Santos

COREN: 3.815.715-7

MÉDICO(A): _____

CRM: _____

M^{re} Betânia S. Santos
Enfermeira
COREN-PB 501542

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

NOME: _____ RG. / CPF: _____

21 MAR. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:09:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712094648200000046611838>

Número do documento: 21092712094648200000046611838

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

| | |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 29/03/2019 |
|------------------------|------------|

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

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000038124-8

Nr. da Autenticação 27CAA3F8B065535A



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

| | |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 14/05/2019 |
|------------------------|------------|

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

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000038124-8

Nr. da Autenticação F9746BEDB4880D87



DAMIANA FRANCISCA SARMENTO
RUA DR CARLOS PIRRES, 166 - SAO JOSE
SOUSA / PB CEP: 58604-200 (AO: 177)
Emissão: 05/12/2018 Referência: Dez/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 9.220.km25 - Conto Redutor - João Pessoa / PB - CEP 5071-620
Roteiro: 2-177-40-5700 NF medidor: 20000443730

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.928.123/0001-40 Ins. Est. 18.516.823-0
Nota Fiscal/Conto de Energia Elétrica VTRF 516.285
Cód. para Deb. Automática: 00000022772

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

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

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato

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

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias |
|---------------|------------------|------------|---------|------------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | |
| 05/11/18 | 12215 | 05/12/18 | 18094 | |
| Demonstrativo | | | | |
| CCI | Descrição | Quantidade | Tarifa | Valor Base |
| 0601 | Consumo em kWh | 58,000 | 0,8200 | 47,560 |
| 0601 | Adic. B. Amortiz | | | 1,320 |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| CCI: Código de Classificação de Item | TOTAL | 58,00 | 58,00 | 14,51 | 78,08 | 0,82 | 2,80 |
| Média últimos meses (kWh) | VENCIMENTO | | | | | | |
| | 12/12/2018 | | | | | | |
| | R\$ 58,06 | | | | | | |
| | Histórico de Consumo (kWh) | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 89 | 99 | 100 | 93 | 101 | 92 | 93 | 94 | 105 | 11 | 98 | 177 |
| Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18 | Jul/18 | Ago/18 | Sep/18 | Out/18 | Nov/18 |

RESERVA DO AD FISCAL
4718.1c57.01d8.6764.9f72.2a8a.53b1.d12b.

| Indicadores de Qualidade | | | | Composição % Consumo | |
|--------------------------|---------|----------------------|-----------------|----------------------|---|
| Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) | | Valor (R\$) | % |
| DIA MENSAL | 8,15 | 1,87 | NOMINAL | 200 | |
| DIA TRIMESTRAL | 12,20 | | | | |
| DIA ANUAL | 24,40 | 1,00 | CONTRATADA | 200 | |
| FIC MENSAL | 3,48 | | LIMITE INTERIOR | 200 | |
| FIC TRIMESTRAL | 9,97 | | LIMITE SUPERIOR | 200 | |
| FIC ANUAL | 13,95 | 1,87 | | | |
| DIA C | 3,93 | | | | |
| DIA N | 12,22 | | | | |
| ATENÇÃO | | | | Faturas em atraso | |
| - Leitura confirmada | | | | | |

21 MAR. 2019



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Ademir Veras Pinheiro,

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

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

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

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Carlos Ademir Veras Pinheiro

21 MAR. 2019

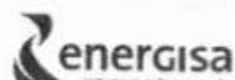


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Reverso para simples pagamento da nota fiscal/consumo de energia elétrica - Nº 017.981.401



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

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/696132-0

REFERÊNCIA

JAN/2019

APRESENTAÇÃO

04/01/2019

CONSUMO

1038

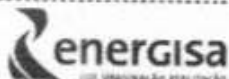
VENCIMENTO

11/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 951,53

Acesse: www.energisa.com.br



CONTAGUÁ AGUA

JUVINA EVANGELISTA DUARTE

Roteiro: 01-177-010-1720

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

VENCIMENTO

11/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 951,53

MATRÍCULA

696132-2019-01-8



21 MAR. 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:09:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712094648200000046611838>

Número do documento: 21092712094648200000046611838



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

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

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

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

Carlos Ademir Veras Pinheiro
Assinatura do Declarante

21 MAR. 2019

DLDR1.001 V001/2017



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

Num. 49116550 - Pág. 17

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

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

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

| | | | |
|---|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO Motivo: | <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO | <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO <input checked="" 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: | | | Responsável: Hospital de Destino: Responsável: |
| | | ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Droga <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo Quais? | |

1 - DADOS VITAIS

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

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

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

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

Diagnósticos de Enfermagem:

Intervenções:

Evolução do Enfermeiro: 13h30s acuriosidade p/ queda de moto no local. Paciente consciente orientada em decúbito ventral sob galhos com suspeita de fratura de fêmur (D) e corte na região occipital, seguindo protocolo de RPA e AVP.

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA: Produzir p/ HRS.

BRF - CANS 9127

21 MAR. 2019



2 - VIA AÉREA

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

2.1 - VENTILAÇÃO:

☐ Espontânea ☐ Assistida ☐ Ritmo irregular ☐ Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:

☐ Normal ☐ Superficial ☐ Regular ☐ Irregular

2.3 - ACHADOS:

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

3 - CIRCULAÇÃO:

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

3.1 - EDEMAS:

☐ Não ☐ Sim - Local: _____

3.2 - PERFUSÃO

☐ Normal ☐ Retardada (<2seg) ☐ Ausente

3.3 - PULSO

☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Cheio ☐ Ausente

3.4 - E.C.G.

☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO

ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ Normal _____ semanas

Encontrado: ☐ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro: _____

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

PROCEDIMENTOS

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

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

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

PERTENCES DA VÍTIMA

☐ Não
☐ Sim

Objetos: _____

Entregues a / Local: _____

Assinatura com Carimbo do receptor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: Suelio Moreira

MATRÍCULA: _____

TEC. ENFERMAGEM: Ricely Duarte

COREN: Ricely Duarte de Brito

ENFERMEIRO(A): M^{re} Betânia S. Santos

COREN: 3.815.715-TE

MÉDICO(A): _____

CRM: _____

M^{re} Betânia S. Santos
Enfermeira
COREN/PB 501542

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

NOME: _____ RG / CPF: _____

21 MAR. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:09:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712094648200000046611838>

Número do documento: 21092712094648200000046611838

MAT: 132.002

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

ANAMNESE: Não há M.D.

Queixa Principal: Apresenta um M.D. direito.

História da Doença Atual: Apresenta de um acidente no BR-230
relatando que ocorreu trauma com movimento
e fratura fechada do Fêmur direito.

EXAME FÍSICO: Boa forma geral
Exame
de membros
de membros
de membros
Cravado - fratura do Fêmur (D)

DIAGNÓSTICO: Fratura fechada do Fêmur direito.

Procedimento: (D)

C.L.P. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

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

21 MAR. 2019

MAT.: 132.593

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

ANAMNESE:

Queixa Principal:

Fistula em g. prox. coxa @.

História da Doença Atual:

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

EXAME FÍSICO:

BEG, Glasgow 15
NVE.

necrose nro = fistula proximal
sem necrose paravento.

DIAGNÓSTICO:

FRATURA FÊMUR proximal @ - Pós op.
40 dias.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

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

21 MAR. 2019



[Handwritten signature]

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

Nome do Paciente: *Maria Jeanny Abrantes* N° Prontuário:

Data Operação: *19/12/2018* Enf.: *0* Leito:

Cirurgião: *Dr. Diego* 1° Auxiliar: *Dr. Diego*

2° Auxiliar: 3° Auxiliar: Instrumentador:

Anestesia: *Dr. Albert* Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório: *Font. do osso direito.*

Tipo de Operação: *RAFI (Fótons ultramedulares)*

Diagnóstico Pré-Operatório: *O. mesmo*

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

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

1. Fete em *drôg* sob *Acutone*
2. *ATAAC*
3. incisão por *ao* grande *trocautor* com *exposição* do *osso*.
4. Entrada ao canal medular ao nível do grande *trocautor* com *punção manual*.
5. *Passagem* de *fio guia*, *testemunha* de *redução* a *foco* *fichado* *onde* *depois* *nos* *consequência* *foi* *feito* *pequenas* *incisões* *pt* *redução* *de* *osso* *palpeiras* e *retirada* *de* *Casa* *de* *Batas*
6. *Passagem* *canal* *funeral* *até* *furo* *nº* *10*, *tentado* *a* *11,5*, *mas* *nos* *houve* *prosser*

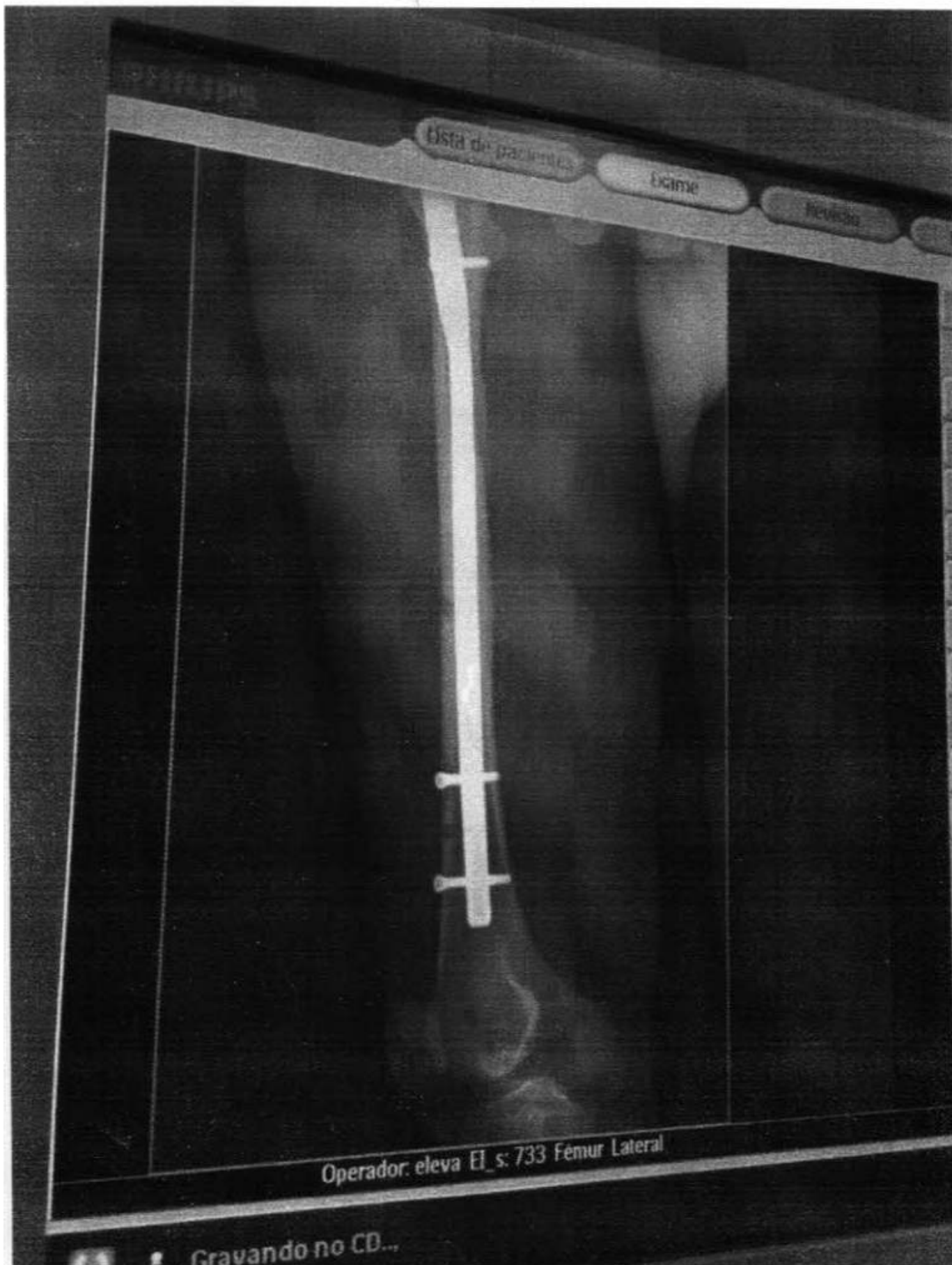
RELATÓRIO DE CIRURGIA 21 MAR 2019



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

21 MAR. 2019





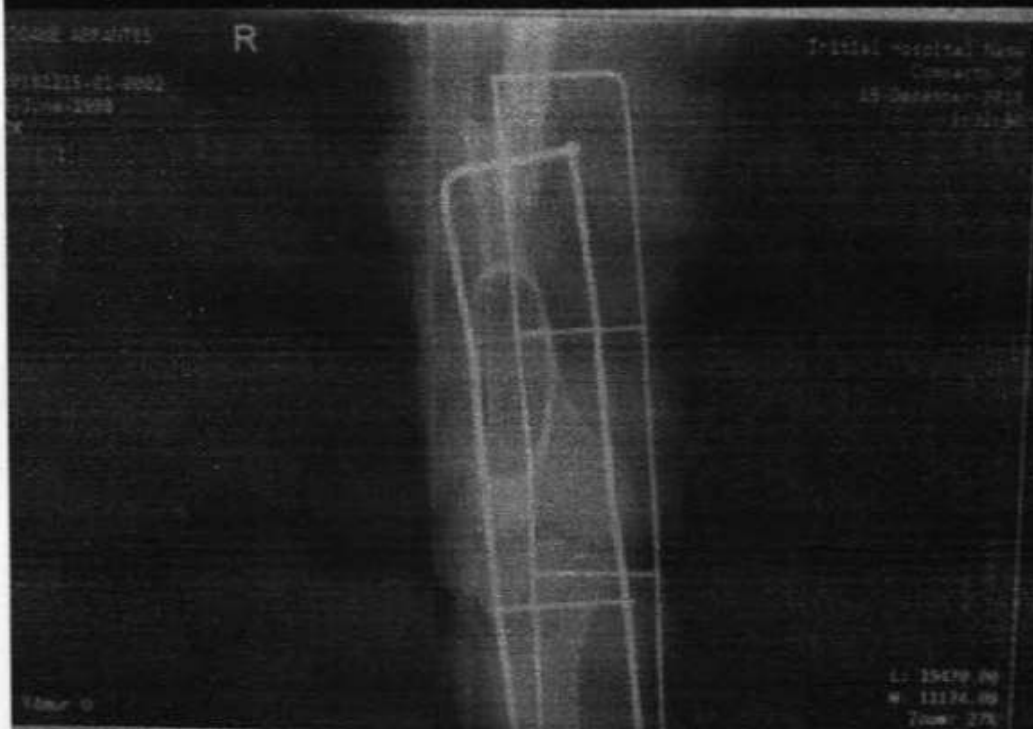
21 MAR. 2019





21 MAR. 2019





21 MAR. 2019





CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA *mat. fêmea*

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

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

Antecedentes Pessoais e Familiares: nda.

Exame Físico: Pele ativa rose espuica
escoriações pelo tronco, membros e
massas.
por deformidade, cuptação e
enchaimento do nariz, com saída de
pus.

Exames Complementares: Rx.

Diagnóstico: Frnt de frum D Ao 32A2

Tratamento: do Químico com fixação

Endereço: Manaus - Rua: 1772, 1545 (770815)

M 12486

21 MAR. 2019

EVOLUÇÃO

Trigo
Médico Responsável





Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

Nome: _____

Idade: _____

Cor: _____

Leito: _____

Enfermaria: _____

Categoria: _____

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

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

Dr. Diogo S. Santiago
Osteopata e Terapeuta
CNPJ 109271209468200000046611838

21 MAR. 2019



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

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

| |
|---|
| Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras |
| <p>Pct. DOR e Ressonância</p> <p>Aneuplo e onfitepsia</p> <p>Colocação caméras inferais</p> <p>Remoção de fístula e nova cicatriz.</p> <p>Secção mínima qtd em local novo.</p> <p>Sl 1 pun.</p> <p>Sl 014 - Limpeza.</p> <p>Hemostasia plena.</p> <p>Sutura por plom.</p> <p>Curativo em f.</p> <p>As condições em f.</p> |
| <p>Dr. Diego S. Santiago</p> <p>Ortopedia e Traumatologia</p> <p>CRM-PR 122.258-15</p> |

21 MAR. 2019





CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

SOUSA - PB

EVOLUÇÃO

Nome:

| DATA | HORA | |
|----------|------|---|
| 19/12 | | Paciente submetida a 1 ^o cirurgia para debridamento de ferida no dorso, bloqueio proximal distal - Dorso 10x24. Bloq P. 1 e Bloq D. 2. |
| | | Obs: Durante abertura da canal metatarsal proximal (canal muito estreito), houve lesão a cortical medial do pé, com fratura local (falso trajeto da fura), o qd ocorreu por comprometimento no entalhe, o qual de estabilizado conseguido neste implante. |
| | | 7 ^o DP.O |
| 21/12 | | Paciente evolui bem, sem dor importante. Curva Fontaine no teste pé fixo sentada. Sem importância em teste um, espinal e pé fixo e pé fixo. Obs: 24h |
| | | 7 ^o DP.O |
| 21.12.18 | | Paciente segue estável e sem dor. Apresenta 1 ^o grau febre em 14h de ontem e não mais, melhora tempo. Sem dor significativo. Fo limpa. Inscreva de queda. |

21 MAR 2019





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:

Manoel Joany Alves

Idade:

Cor:

Enfermaria:

07

Leito:

05

Categoria:

7060

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

Manoel Joany A. Vianna

1) Vitro 1ml

2) Vitro 1000 10 24h

3) Amoxiclav 400 12h

4) Tetr 200 12h

5) Vibronal 200 12h

6) Nuvatron 8 8h 5h

7) Amoxiclav 400 12h

8) Amoxiclav 400 12h

9) A.C.C

10) SSV

15h

20-10

22-10

22-04

22-04

22-04

22-04

22-04

22-04

Caso Paciente admitido em 30/01/19 pelo mon

do curativo.

Entregon Medico

Dr. Diego S. Santiago

Oftalmologia e Traumatologia

CRM/PA 10932 TEOT 15119

Dr. Antonio Enas de Brito

Oftalmologia e Traumatologia

CRM/PA 10932 TEOT 15119

Dr. Antonio Enas de Brito

Oftalmologia e Traumatologia

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

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

21 MAR 2019



CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

NOME: Alcides Pimenta Vieira LEITO: 10

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA | OBSERVAÇÕES |
|----------|---------------------------------|---------------|
| 19/12 | 1. Dilt Zero, Líquido Ambr 13h. | |
| | 2. STG 97500ml w 818h. | 10 18 06 |
| 31/12 | 3. Dymenona sul w 616h | 12 18 24 06 |
| 01-11-16 | 4. Tifal 20mg w 12/12h | 12 24 |
| * | 5. Cefazolin 1g w 818h | 14 22 06 |
| | 6. Tyndion 200mg w 818h | 14 22 06 |
| | 7. Clorazep 15mg 1x | 16 |
| | 8. 8m | |
| 20/12 | 1. Dilt Zero | Dilw 14-1200w |
| | 2. STG 97500ml w 818h. | 14 22 06 |
| 17:15 | 3. Dymenona sul w 616h | 12 18 24 06 |
| TAX-3804 | 4. Tifal 20mg w 12/12h | 12 24 |
| | 5. Cefazolin 1g w 818h | 14 22 06 |
| | 6. Karelto 15mg 1x | 12 |
| | 7. 8m | |

21 MAR. 2019





RELATÓRIO MÉDICO

SOUSA/PB,

12 de abril 2019.

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

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

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

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

JEFFERSON VENICIUS ANDRADE PONTES
CRM/PB: 9447

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

15 ABR. 2019



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

| | | | | | | |
|--|-----------------------|--|-----------------|--|---------------------------------|------------------------------|
| Data: 31/12/18 | ID da Ocorrência: 040 | <input checked="" type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT | Nº / Equipe: 02 | Plantão: <input type="checkbox"/> Dia <input checked="" type="checkbox"/> Noite | Hora da Saída da Base: 22:24 Hs | Hora de Chegada no Local: Hs |
| Paciente / Usuário: Maria Jume Abontes Vieira | | | Idade: 30 | Sexo: <input type="checkbox"/> Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. | Telefone: | |
| Local da Ocorrência: <input type="checkbox"/> Aparecida <input type="checkbox"/> Lastro <input type="checkbox"/> Vieirópolis <input type="checkbox"/> Marizópolis <input type="checkbox"/> Nazarezinho <input type="checkbox"/> São Gonçalo <input type="checkbox"/> Outro: | | | | | | |
| Logradouro: BR 230 | | | Bairro: | Médico Regulador: Dr. Roberto | | |
| Quantidade de vítima(s) no local: <input type="checkbox"/> Uma <input type="checkbox"/> Duas <input type="checkbox"/> Três <input type="checkbox"/> Mais de três: | | | | | | |
| Apolo no local: <input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Resgate PRF <input type="checkbox"/> BPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> Outro: | | | | | | |
| QTA: <input type="checkbox"/> Socorrido por Terceiros <input type="checkbox"/> Socorrido pelos Bombeiros <input type="checkbox"/> Evadiu-se do Local <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Outro: | | | | | | |
| DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Atendido no Local e Liberado <input type="checkbox"/> Encaminhado a Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito no Local <input type="checkbox"/> Óbito Durante o atendimento | | | | | | |
| HRS | | | | Dr. Danilo Queiroga G. Batista MÉDICO CRM/PR 40.673 Responsável e Função (Assinatura e Carimbo) | | |

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

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

1 - DADOS VITAIS

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

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

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

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

ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA
Conduzir p/ HRS.

SBF - Cad 1021

21 MAR. 2019



MAT.: 132.007

Nome: M^{re} Jeanny Alcantares Lima Bloco: Apt.: Leito:
D.N.: 04/06/1968 Est. Civil: MT Resp.: F^{ra} Alcantares L. Lima
Rua: Engenheiro Carlos P. de A. Cidade: Boisera Est.: PB
Médico Assistente: Clínica:
Data do Internação: 15/12/2018 Peso: Temperatura: P.A.:

ANAMNESE: NUNCA NA M.I.D.

Queixa Principal: Dor no M. F. Direito

História da Doença Atual: Apresenta dor insuportável no M. F. Direito
há alguns dias, iniciando com dor leve
que evoluiu para dor intensa e constante

EXAME FÍSICO: Boa forma geral
Exame
de inspeção
de palpação
de percussão
de auscultação
Ortopédica - Testes de F. D.

DIAGNÓSTICO: Problema funcional do M. F. Direito
Procedimento: (F. D.)
C.I.D.: CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Dr. Denis Rocha
MÉDICO
CRM-PB 7014 DR. DENIS 4228

21 MAR. 2019



MAT.: 132.593

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

ANAMNESE:

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

História da Doença Atual:

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

EXAME FÍSICO:

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

DIAGNÓSTICO:

FRATURA FÊMUR proximal @ - Pós op.
40 dias.

Procedimento:

C.I.D.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

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

21 MAR. 2019



[Handwritten signature]

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

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

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

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

2º Auxiliar: 3º Auxiliar: Instrumentador:

Anestesia: *Dr. Albert* Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-Operatório: *Font. do queim. direito.*

Tipo de Operação: *RAFI (tutor intramedular)*

Diagnóstico Pré-Operatório: *O. mesmo*

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato: *na*

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

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

- 1. fêti em direção do Acutone*
- 2. A+A+AC*
- 3. incisão por ao grande trocânter com exposição do útero.*
- 4. Entrada ao canal medular ao nível do grande trocânter com punhador manual.*
- 5. passagem de fio guia, testagem de redução a fôco fechado onde após nos conseguimos fazer fêti pequenos incisos pt redução do palpeço e retirada de cara de botas*
- 6. passar canal femoral ali fazer n.º 6 tentado a 11,5, mas nos houve progressos*

RELATÓRIO DE CIRURGIA 21 MAR. 2018

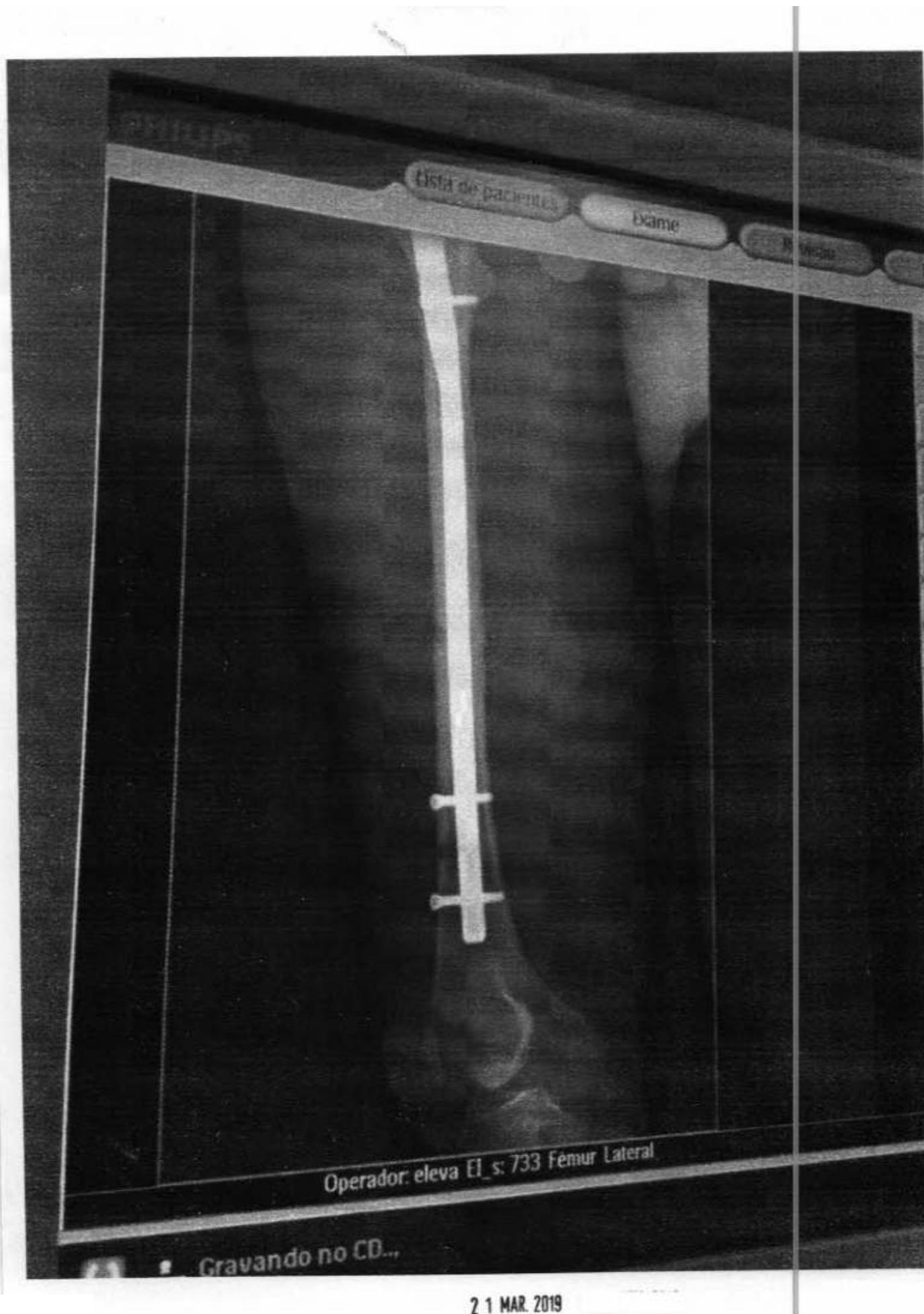


7. Parafuso de tutor su 10x39
com Bloqueio prox (1 paraf) e distal 2 paraf.
Quais? - Seis uncois =
8. Sutura por planos
9. Curativo compressivo.

mag.

21 MAR 2019





21 MAR. 2019





OCULOS DE FANTASIA

R

PT02215-01-0002
Tela - 2020

Tratado Hospital de

Comparto 04

15-Dezembro-2020

10:00:00

Filme 0

L: 15479.00

M: 11174.00

Zoom: 2.75

21 MAR. 21





21 MAR 2





CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA

Med. Femin

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

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

Antecedentes Pessoais e Familiares:

nda

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

Exames Complementares: Rx

Diagnóstico: Fmt de fêmur D Ao 32A2

Tratamento: fo Quijotes com fixação

Gratuito Maternidade - Anexo 09 0521.2525 (170843)

M 12486

21 MAR 2019

Tiago
Médico Responsável

EVOLUÇÃO





Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Leito: 42 Categoria: 1

Enfermaria:

Cor:

Idade:

Nome:

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

21 MAR. 2019

Dr. Diego S. Santiago
Ortopedia e Traumatología
C/Alfonso XIII, 130-131, 28014 Madrid





CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

SOUSA - PB

EVOLUÇÃO

Nome:

| DATA | HORA | |
|----------|------|---|
| 19/12 | | Paciente submetida a 1 ^o Curiapex para tumor S. Ceco tipo III, bloqueio proxe distal - Neste 10x34. Bloq P. 1 e Bloq D. 2 |
| | | Obs: Durante abertura da canal metálica proximal (canal finito estrut), para colocação de anel prótese, houve lesão a cortical medial do fêmur, com fratura local (falso trajeto da furadeira), o que ocorreu por comprometimento no eixo o fêmur de estabilidade consequente neste implante. |
| | | 70 DP.O |
| 21/12 | | Paciente evolui bem sem dor importante. Curva fontânea no teste de picas negativa. Sem importância em todo abd, espinal e pelvis e gaxa. Obs: observados 34h |
| | | 70 DP.O |
| 23.12.18 | | 2 ^o DP.O Paciente segue estável e sem dor. Apresentou 1 picas febril m 14h de enferm e na man, melhorou tempo. Sem dor significativo. Fo limpa. Inconsciente de queda. |

21 MAR 2010





Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Nome:

Manoel Joany Soares

Idade:

Cor:

Enfermaria:

07

Leito:

05

Categoria:

Público

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

RELATÓRIO

Doi Joany A. Vieira

1) Dito 112

2) 01% 1000 24h

3) Amoxiclav 400 B 1211h

4) Tildy 200 B 1211h

5) Naproxen 500 B 616h

6) Nuveton 8 B 616h 5h

7) Omeprazol 20mg 1x10h B

8) Cefotax 1g

9) A.C.G

10) 5500

12h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h

10h





CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA.

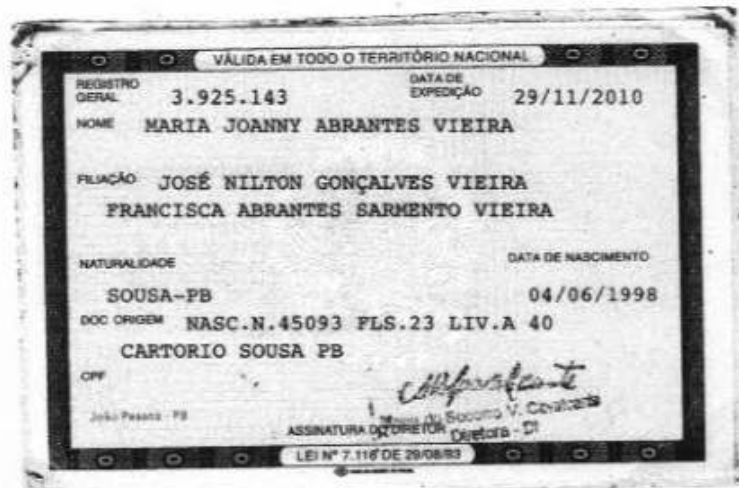
NOME: Alane Janny Liberto Vieira - LEITO: 10

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA | OBSERVAÇÕES |
|-----------|---------------------------------|-----------------|
| 19/12 | 1. Dile Zero, Líquido Ambr 13h. | |
| | 2. SFO, 9h 500ml w 818h. | 10 18 06 |
| 31/12 | 3. Dimpura 2ml w 616h | 12 18 24 06 |
| 01-11/160 | 4. Tifal 2mg w 12/12h. | 12 24 |
| * | 5. Cefazolin 1g w 818h | 14 22 06 |
| | 6. Nafedion 2mg w 818h. | 14 22 06 |
| | 7. Clorazepato 15mg 1x | 16 |
| | 8. 8m | |
| 20/12 | 1. Dile Zero | Dile Zero 1200w |
| | 2. SFO, 9h 500ml w 818h. | 14 22 06 |
| 17/12 | 3. Dimpura 2ml w 616h | 12 18 24 06 |
| TAX-380w | 4. Tifal 2mg w 12/12h | 12 24 |
| | 5. Cefazolin 1g w 818h | 14 22 06 |
| | 6. Nafedion 2mg | |
| | 7. Nafedion 15mg w 1x | 12 |
| | 8. 8m | |
| | mag | |

21 MAR. 2019





21 MAR. 2019



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

CARLOS ADRIER VERRAS PINHEIRO

DOC. IDENTIFIC. - DATA EMISSAO: 2001097006008 SAPOS CE

CPF: 973.419.833-53 DATA NASCIMENTO: 12/06/1982

TIPO: CARLOS EMERY ALVES
PINHEIRO
ELIDA MARIA VERRAS
PINHEIRO

PLACAS: 04522381397

VALIDADE: 23/09/2018

1ª EMISSAO: 29/11/2008

SEM OBSERVAÇÃO:

[Assinatura]

LOCAL: QUIXADA, CE DATA EMISSAO: 02/10/2013

[Assinatura]

03003876578
CE137831269

DETRAN - CE (CLARA)

875039321

21 MAR. 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR DIREITO

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

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

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

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/05/2019

Conduta mantida: Não

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

DANOS

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

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

OUTORGADO:

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

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

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

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

3º OFÍCIO
JUSA-PB



Maria Joanny Abrantes Vieira

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)

21 MAR. 2019



S. S. Pedrosa Neto



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0095793/19

Número do Sinistro: 3190214088

Vítima: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

CPF: 107.982.274-78

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 14/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOANNY
ABRANTES VIEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCOS AURELIO VIDAL



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

| | |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 29/03/2019 |
|------------------------|------------|

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

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000038124-8

Nr. da Autenticação 27CAA3F8B065535A





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

Processo n.º 08074441620208150371

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA JOANNY ABRANTES VIEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^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.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/09/2021 12:09:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092712094843700000046611843>
Número do documento: 21092712094843700000046611843



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA

7ª VARA MISTA

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

e-mail sza.7vara@tjpb.jus.br; 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





(http://www.bb.com.br)

Comprovante de Resgate de Depósito Judicial

Comprovante de Resgate Justiça Estadual

Numero de Protocolo : 00000000054651810
Processo : 08074441620208150371
Numero do Alvará : AJ Nº 264/2021
Data do Alvará : 22/09/2021
Data do Levantamento : 24/09/2021
Beneficiário : DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO
CPF/CNPJ : 058.969.204-66
Agência do Resgate : 0759 SOUSA

DADOS DO RESGATE

Valor do Capital : R\$ 200,00
Valor dos Rendimentos: R\$ 3,22
Valor Bruto Resgate : R\$ 203,22
Valor do IR : R\$ 0,00
Valor Líquido Resgate: R\$ 203,22

DADOS DO CRÉDITO

Finalidade : Crédito em C/C BB
Banco : Banco do Brasil S.A.
Agência : 7086
Conta : 00000021268-7
Titular da Conta : DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO
CPF/CNPJ : 058.969.204-66
Valor Liq. Pagamento : R\$ 203,22
Data do Pagamento : 24/09/2021

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Conta Resgatada : 4800132233400
=====

Autenticação Eletrônica: B64984A44AFEEAF0

Acesse seus comprovantes diretamente no site
www.bb.com.br, no menu Judiciário > Serviços
Exclusivos > Depósito Judicial > Comprovantes.
Clientes BB também podem acessar no Autoatendi-
mento Pessoa Física e Gerenciador Financeiro.



27/09/2021 09:30