



Número: **0800209-21.2020.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SANDRA VIRGINIO DA SILVA (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43519 006	24/05/2021 10:18	<u>Petição</u>	Petição
43519 008	24/05/2021 10:18	<u>2778391_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
43519 009	24/05/2021 10:18	<u>2778391_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 10:18:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052410180327800000041387546>
Número do documento: 21052410180327800000041387546

Num. 43519006 - 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, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190314833 Vítima: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRA VIRGINIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14294055



ag. 00911/00912 - carta 01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 10:18:04
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052410180438100000041387548>
Número de documento: 21052410180438100000041387548

Num. 43510008 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, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190314833

Vítima: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SANDRA VIRGINIO DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

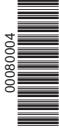
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00007/00008 - carta_03 - INVALIDEZ



00080004

Carta nº 14294075



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 10:18:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052410180438100000041387548>
Número do documento: 21052410180438100000041387548

Num. 43519008 - 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, 13 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190314833 Vítima: SANDRA VIRGINIO DA SILVA
Data do Acidente: 25/11/2018 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

BAG 01878/01880 - carta 03 - INVAL IDEZ

00050940

Carta n° 14456057



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 10:18:04
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052410180438100000041387548>
Número do documento: 21052410180438100000041387548

Núm. 43519008 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, 30 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190314833 Vítima: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

Data do Acidente: 25/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SANDRA VIRGINIO DA SILVA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Banco Ficccan: Tabela completa da Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 0000047533-9

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-DRVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 10:18:04
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052410180438100000041387548>
Número do documento: 21052410180438100000041387548

Núm. 43519008 - Pág. 1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
0155868/19	760.673.274.49	Sandre Virginio de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAXINA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CÍRCULAR SUSEPE 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Comerciante	O globo	210	
Salário:	Cidade:	Estado:	CEP:
Je Prata ria	Sant. Rita	RJ	38800000
E-mail:	Tel.(DDD):		

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

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 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 OPCIÃO DE CONTA

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

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3934

CONTA: 47533

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (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 AUSENCIA 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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 UNIGOS 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 proverem 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: Caçula Torres 09/05/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sandre Virginio de Souza
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

09/05/2019

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

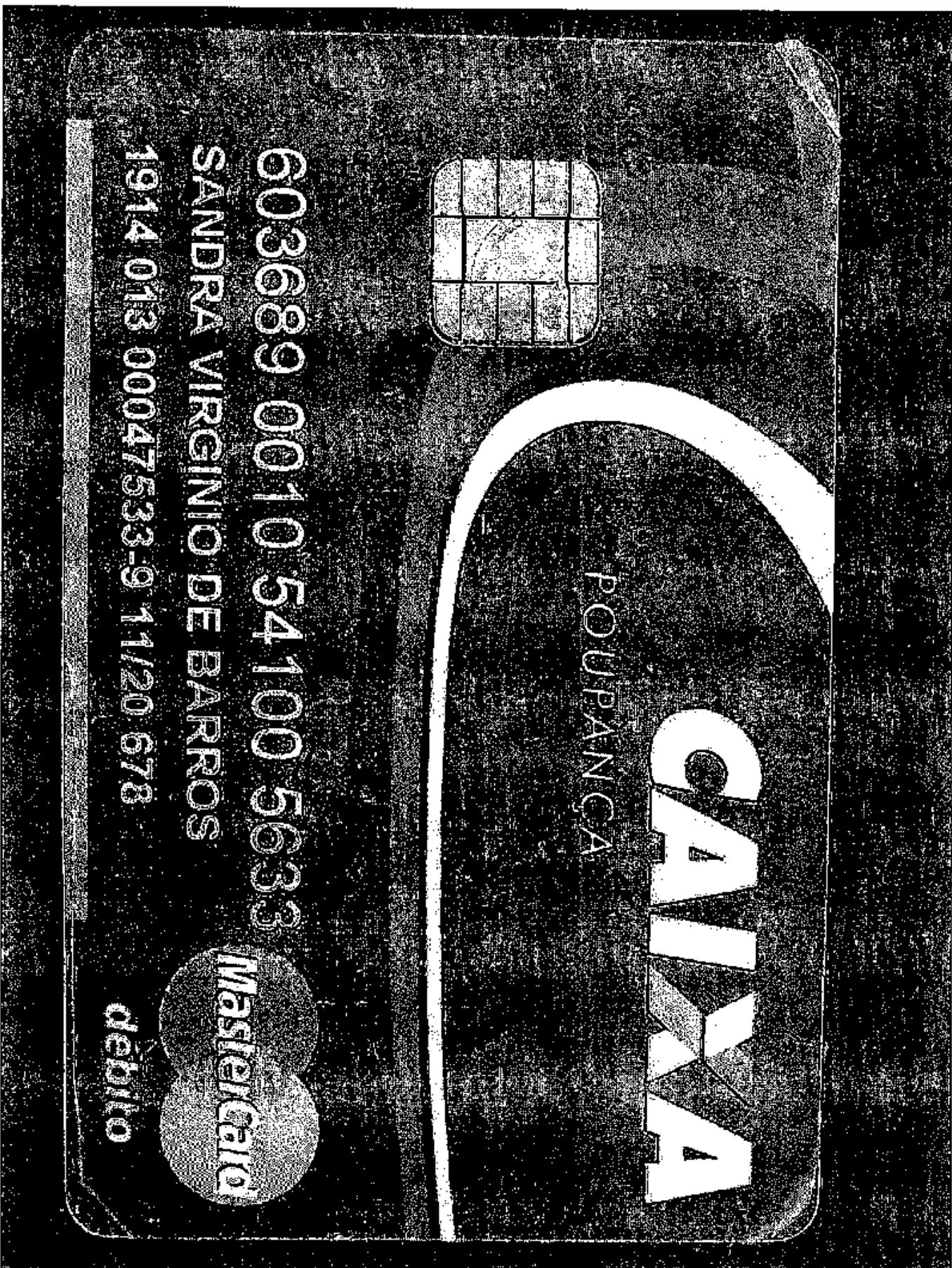
Assinatura

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 testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
 RID ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 10:18:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052410180438100000041387548>
Número do documento: 21052410180438100000041387548

Num. 43519008 - Pág. 6

**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: 3190314833
Nome do(a) Examinado(a): Sandra Virginio da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): O Globo, S/N
Municípios Santa Rita PB CEP: 58303-385
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 1513228
Data local do acidente: [25/11/2018]
Data local do exame: [17/06/2019] João Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS, FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 30/05/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO JOELHO ESQUERDO MEDIAL E POSTERO-MEDIAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO.
- IV. Nexo 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 à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO.
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 (*).

<input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em dias	<input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente" (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): JOELHO - Lado Esquerdo	Região Corporal (Sequela):
% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve <input type="checkbox"/> 50% médio (X) 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo	% 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):	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	% 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. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CRM/PB - 4518
Salvador Seguro
Assessoria de Consultoria



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 10:18:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052410180438100000041387548>
Número do documento: 21052410180438100000041387548

Num. 43519008 - Pág. 7

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



GOVERNO
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00104.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00104.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:07 horas do dia 06 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) da Polícia Civil Isaias Olegário da Silva, matrícula 611697, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Sandra Virgínia da Silva, CPF nº 760.673.274-49, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Comerciante, filho(a) de Cecília Soares Rodrigues e Sebastião Virgílio de Barros, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 24/12/1972 (46 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) O Globo, N° S/N, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Fórum, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98765-6479.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Delegacia de Santa Rita, Delegacia, Santa Rita/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/11/18 18:30h. Tipificação: em lese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo a notificante compareceu nesta delegacia juntamente com a sua filha PRISCILLA RAFAELE VIRGÍNIO SOARES, portador do CPF nº 101.852.954-36, que na ocasião do acidente pilotava o veículo, uma motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 150 FAN ESDI, de cor vermelha, ano e modelo: 2015 DE PLACA: QFH 3599/PB, CHASSI Nº 9C2KC1680FR219935; registrado em nome de Eduardo Gomes de Araújo, amigo da notificante; QUE segundo a notificante a sua filha pilotava o veículo acima citado, quando a moto veio a derrapar, vindo a notificante com a sua filha a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 26.04.2019, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S82,1

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 06 de maio de 2019.

JOSE SAUL ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

SANDRA VIRGÍNIO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 00104.01.2019.1.00.420

1/1





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:	
0155868/19	760.673.274.49	Sanche Vinícius de Souza	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAMILIARES DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		Sanche Vinícius de Souza	
Profissão:	Endereço:	CPF:	760.673.274.49
Comerciante	D. Gloria	Número:	310
Bairro:	Jd. Minicama	Cidade:	Sant. R. S.
E-mail:		Estado:	PA
		CEP:	58800000
		Tel.(DDD):	

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

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO 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\$1.001,01 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 - ASSINAR UMA DÉGAI 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) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 1934	CONTA: 47533	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 IDÔNIO (IML) - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (na 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 (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivo(s)? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Local: João Pessoa Data: 09/05/2019
Nome: _____	TESTEMUNHAS
CPF: _____	1º Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sanche Vinícius de Souza
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura	TESTEMUNHAS
Assinatura	1º Nome: _____ CPF: _____
Assinatura	2º Nome: _____ CPF: _____

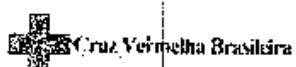
Assinatura

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 testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE MINHOS





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



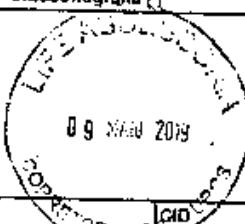
AV. ORESTES LISBOA, 5/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 3332165736

Boletim de Atendimento: 1124839



Identificação do paciente				
ID 1349103	Nome SANDRA VIRGINIO DA SILVA			Sexo Feminino
Data de nascimento 24/12/1972	Idade 46 anos 18 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 112492
Mãe CECILIA SARES RODRIGUES				Pai SEBASTIAO VIRGINIO DE BARROS
Escolaridade				Responsável (Parentesco) ROGERIO RIBEIRO DA SILVA - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988094097	DDD Fixo	[Fone Fixo]	
Tipo documento, RG (IDENTIDADE)	Número documento 1513228	Nº Cns		
Local de procedência: CENTRO / SANTA RITA		Tipo BAIRRO	UF PB	
Endereço				
CEP 58300000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro GLOBO	
Número 21	Complemento TIBIRI	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 25/11/2018 19:30:27	Número da pulseira 1000005158583	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não	
Transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA	X mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por ELMA VIEIRA DA SILVA	Tempo 01min 02seg			

Imprimir



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: 29/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000047533-9

Nr. da Autenticação F3BF188DA882758B



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 10:18:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052410180438100000041387548>
Número do documento: 21052410180438100000041387548

Num. 43519008 - 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: 24/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SANDRA VIRGINIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000047533-9

Nr. da Autenticação 5CDE2B2651ECAB50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 10:18:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052410180438100000041387548>
Número do documento: 21052410180438100000041387548

Num. 43519008 - Pág. 12

卷之三

卷之三

0800 083 01 36

卷之三

14/03/2013
Met / 2019

47 Utilidade Comunitária

卷之三

Die dritte

Digitized by srujanika@gmail.com

卷之三

三

卷之三

卷之三

卷之三





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

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

Capital e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800-012-12-04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-012-12-06 | Central Divulgativa: 0800-021-91-85

Eu, EDUARDO GOMES DE ARAÚJO

RG nº 3709338, data de expedição 30/09/2018

Órgão SSP/PIB, portador do CPF nº 104.355.681-92

com domicílio na cidade de SANTA BÉIA, no Estado de

PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) nº 35,

complemento CAMA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

SENZA VIRGÍNIO DA SILVA, cujo o condutor era

MOSCULLA RAFAEL VIRGÍNIO SOARES

Veículo: HONDA CIVIC Modelo: HONDA CIVIC 1.5 EX L 16V (5P) Ano: 2015

Placa: QFH-3509 Chassi: 9C2KC3690FB210935

Data do Acidente: 25/11/2018

DOURADO
ALFREDO

Local e Data: SANTA BÉIA, 27 de maio de 2019.

Eduardo gomes de Araújo:

Assinatura do Declarante

Mosculla Rafaela Virgínia Soares.

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



Rua São João, nº 27 - Centro
CEP: 58010-000
Santa Béia - PB
Fone/Fax: (83) 3281-1122
E-mail: eduardo.gomes@lider.com.br



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Sandra Virginio da Silva

DATA DE NASCIMENTO 24/12/72

NOME DA MÃE Cecilia Soares Rodrigues

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 112492

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1124839

DATA DO ATENDIMENTO 25/11/18

HORA DO ATENDIMENTO 19:30

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de platô tibial esquerdo

CID 10 S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto (sic) com queixa de dor em ombro e joelho esquerdo, sem outras queixas. Avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Rx ombro e joelho E

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de platô tibial

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo com consolidação viciosa

ALTA HOSPITALAR: 06/01/19

DATA DA EMISSÃO: 26/04/19

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Cruz Vermelha Brasileira

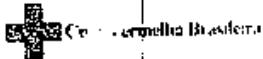
Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

Documento de Alta

Nome SANDRA VIRGINIO DA SILVA			Número Prontuário: 112492
Data de 24/12/1972	Sexo: Feminino	Data de Internação: 25/11/2018 21:47:51	Data de Alta: 06/01/2019 08:14:17
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
Resumo da Internação: PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
Resultado de Exames: PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
Tratamento: PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tíbia			
Recomendações: CARGA ZERO - TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA - CURATIVO DIARIO - RETORNO HTOP 15 DIAS			

Data: 06/01/2019

DANIEL CONSOLATA ARRUDA
CRM 11134 - PB



Hospital da Cidade de Emergência e Trauma
Serviço de Atendimento à Cidada

GOVERNO
ESTADO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, 56 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1124839

Identificação do paciente

1348103	Nome SANDRA VIRGINIO DA SILVA	Sexo Feminino
Data de nascimento: 24/12/1972	Idade 45 anos 11 meses 1 dia	Estado civil Solteiro
Mãe CECILIA SARES RODRIGUES	Pai SEBASTIAO VIRGINIO DE BARROS	Responsável (Parentesco) ROGERIO RIBEIRO DA SILVA - ESPOSO(A)
Escolaridade	DDD Fixo 83	DDD Móvel 88509-4097
DDD Móvel 83	Número documento 1613228	Nº Cons
Tipo documento RG (IDENTIDADE)		UF PB
Local de procedência CENTRO / SANTA RITA	Nome SANTARITA	Type BARRO
Email	Naturalidade SANTARITA	CEP 58300000

Endereço

CEP 58300000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro GLOBO
Número 21	Complemento TIBIRI	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 25/11/2018 19:30:27	Número de puxaria 1000005158583
------------------------------------	---

Especialidade
CIRURGIA GERAL

Classificação de risco

Centro de atendimento
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Origem da paciente
RUA

Detalhe do atendimento
QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vetor da ambulância Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou

Sinais Vitais

PA	Peso 60kg	P脉搏 Pulse	Temperatura
----	--------------	--------------	-------------

Exames complementares

Ralo X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrassonografia []

Dados clínicos

Paciente vítima de queixa de dor no membro esquerdo.

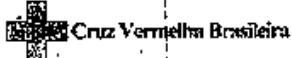
Rita de Cássia A. da Silva
Enfermeira
COREPB 484.130

Diagnóstico

Atendido por
LIMA VIEIRA DA SILVA

Tempo
Último exame

Imprime



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente SANDRA VIRGINIO DA SILVA	BAE 1124839	Data/Hora Entrada 25/11/2018 19:30:27	Data Baixa
Data de nascimento 24/12/1972	Idade 45a 11m 1d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 986094097
Mãe CECILIA SARES RODRIGUES			Prontuário
Endereço GLOBO, 21 - TIBIRI	Bairro CENTRO	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO	Nº Cons. Regional 3448/PB
Data/Hora Classificação 25/11/2018 19:30:27		Data/Hora Prescrição 25/11/2018 19:49:02	
Anamnese vítima de queda de moto (sic), queixa-se de dor no ombro e joelho esquerdo, nega dor torácica e abdominal. cetoprofeno 100 mg IV conduta - sofrido ralo x do ombro e joelho esquerdo. parecer da ortopedia alta da cirurgia geral/ao cuidados da ortopedia			

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DOR)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR)

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

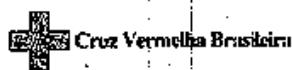
Gilson Marcelo P. de Melo
Cirurgia Geral

GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO
(3448/PB)



Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 25/11/2018 19:31:29





POSTO I B

Endereço: INTERNO, S/N, JOAO PESSO - PB, 11111111

Tel:

CNES: 454547

Paciente		BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
SANDRA VIRGINIO DA SILVA		1124839	25/11/2018 19:30:27	
Data de nascimento	Idade			Telefone de Contato (83) 988094097
24/12/1972	45a 11m 2d	Feminino	CNS	
Mãe				Prontuário
CECILIA SARES RODRIGUES				
Endereço		Bairro	Município	UF
GLOBO, 21 - TIBIRI		CENTRO	SANTA RITA	PB
Acidente	Motivo		Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA	6229/PB
Data/Hora Classificação			Data/Hora Prescrição	
25/11/2018 19:30:27			25/11/2018 21:38:02	

Iamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM JOELHO

ESQUERDO + OMBRO ESQUERDO

IV PRESERVADO NO MOMENTO DA AVALIAÇÃO

JX = FRATURA DE PLANALTO TIBIAL

CD: INTERNACAO + TC JOELHO

DIETA	
DIETA LIVRE, VIA ORAL	
MEDICAÇÃO	
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H	
Diluir	
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H	
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, (OBSERVAÇÕES: S/N)	
Diluir	
ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H	
PIPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU S>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H	
GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 30,0 ML VIA E.V., ACM, SE NECESSÁRIO SE HGT<60 (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 3,0)	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H	
Diluir	
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: LENTO , SN)	
Diluir	
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H	
PANTOPRAZOL SÓDICO 40MG INJETAVEL, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V. 1X AO DIA	
HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,2 ML VIA S.C., 12/12H, 0,0 (MGTSIM)	
CUIDADOS	
Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 25/11/2018 19:31:20	
CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)	



SSVV + CCGG	
I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: TALA INGUINOLALEOLAR - COLOCAR APÓS TC DE JOELHO)	
EXAME LABORATORIAL	
HEMOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)	
COAGULOGRAMA COMPLETO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)	
GLICOSE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)	
UREIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)	
CREATININA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)	
IONOGRAMA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)	
TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)	
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PRE-OP)	
EXAME DE IMAGEM	
ELETROCARDIOGRAMA	
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM RECONSTRUÇÃO ANTES DE COLOCAR A TALA)	
Conduta	
Internar Paciente	

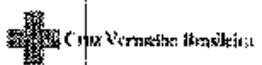
SANDRA VIRGINIO DA SILVA

HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA
(2229/PB)

Dr. Heisenberg Almeida
Ginecologista e Obstetra

25/05/2018





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. DRESTES LISBOA, 51 - PEDRO GONÇALVES
CEP: 5332165700

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 26/11/2018 07:04:59

Nome		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
SANDRA VIRGINIO DA SILVA		1124539	26/11/2018 19:30:27	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Período
24/12/1972	45	Feminino		Noturno 112492
Tempo da Internação		Convênio		Plantão
		SUS		DIURNO
Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade:		Permanência no Leito
25/11/2018 19:30:27	25/11/2018 21:47:51	11h 34min		9h 17min

Evolução médica (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 26/11/2018 07:04:46)

Evolução

PROCEDIMENTO:

Descrição da evolução:

PACIENTE COM FRATURA DE PLANALTO TIBIAL, EVOLUINDO ESTÁVEL, AGUARDANDO EXAMES PRÉ OP.

Local: ÁREA LARANJA - UDC A - Leito: LEITO EXTRA 02
Responsável responsável pela Informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Consulta: 4518





RELATÓRIO DE CIRURGIA

RETSHL

Nome: Sandio Virginio da Silveira BE/Prontuário: _____

Idade: _____ Sexo: ()Masculino ()Feminino Cor: _____ Data: 03/10/19

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Indenitro corrugio de fratura pelo lado direito consolidado.

Cirurgião: Diego 1º Assistente: Jean

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: Pedro Anestesista: Kelly

Tipo de Anestesia: Gas + bop Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura consolidada do peito fbx</u>	
<u>lateral D</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>- Indenitro corrugio de fratura</u>	
<u>pelo lado direito consolidado.</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ()Sim ()Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: ()Sim ()Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

()Enfermaria ()Terapia Intensiva ()Residência ()Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: João Pessoa, 03/10/16

CRM-PB/1967-CRM-PB/23287
Cadastrado em 03/05/2019
Até o S de Altemar

FONC/ASCR/009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

DR. E. S. S.

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal hiperextenso sobre a mesa. Acesso e antisepse com levanite de miele.
Incisão:	Incisão anterolateral da galho.
Achados:	- Entrada do plátio lib. lateral (concluída) visorante 4/4 glandular e um lobo.
Conduta:	- Colossal. - Segmento do trapezi estendendo-se ao longo da costela. - Noduli de fatig e forte 4 pleocitose. - am. L. + parox. catarr. + bloco deixa + 3 parox. + parox. 3º sec. de interstício de linfogran.
Fechamento:	Luxo avante 4 Sf, 4. Sutura paraflores.
Observação:	- Procedimento respeitoso durante o uso de caustogia.

João Pessoa, 03/05/2021

Médico/CRM:

F(NG)ASCIR.99991

Assinatura



Sociedad de Salud Cristera



FICHA DE ANESTESIA

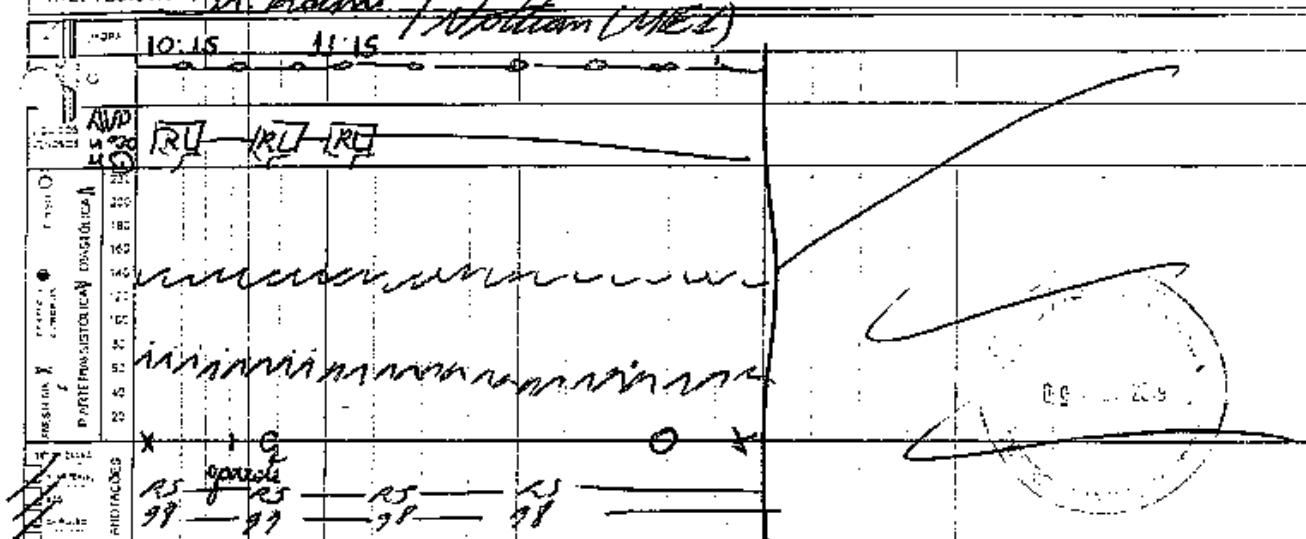
DATA: 03/05/18

PRONTUÁRIO: 11.24839

SENO: 5 COR:

IDADE: 450

PACIENTE: Sandra Lúcia da Silva			
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO 70	RESPIRAÇÃO 16/100	TEMPERATURA PESO
ESTADO GERAL	BOM	FREGULAR	MALH. PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO
EXAMES COMPLEMENTARES			
AP. RESPIRATÓRIO	Esgasoso	AP. CIRCULATORIO	Estável
AP. DIGESTIVO	Esgasoso	ESTADO MENTAL	LOTE
TRE-ANESTÉSICO		DROGAS EM USO	
DOSE HORA		ESTADO FÍSICO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Fractura aberta placa fibular (E)		
CIRURGIA REALIZADA	Gastroenterologista fez cirurgia de fratura aberta placa fibular (E)		
CIRURGIÃO	Dr. Dráus	AUXILIARES	Dr. Regis
INÍCIO DA ANESTESIA	10:15	TÉRMINO DA ANESTESIA	13:30 DURAÇÃO DA ANESTESIA
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH	VALORES RS
ANESTESISTA	Dr. Malvin (Anesthetist M&M)	CPF	CRM-PB



<input type="checkbox"/> ESTADO GERAL	<input type="checkbox"/> RADIODIAG.	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input checked="" type="checkbox"/> BLOQUEIO	<input type="checkbox"/> BLOQUEIOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
1. Anestesia + monitorização					
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATC ANESTÉSICO					
1. Dexametasona 1mg 11 2. Ipratropio 2g 12 3. Bicarbonato sódico 10g 13 4. Narcolese 1mg 14 5. Diprivan 2g 15 6. Norbutropinolam (Klonotropin) - 0,001 16 7. Atropina 0,01 17 8. Fentanil 0,0001 18 9. 10					
2. Venoclisis em ASD pulmão n° 206 e perior 3. Polivitamina Nutrida com glicose e albumina e 1升量 1701 4. mediana 1713, Unigraft n° 26 180, infusão de ③ ④ Bloqueio abdinal simpático e faríngeo via contínua e ⑤					





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 10:18:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052410180438100000041387548>

Número do documento: 21052410180438100000041387548

Num. 43519008 - Pág. 26

RELATÓRIO DE CIRURGIA

REF ID: HL

NOME: SANDRA VIRGINIA DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1124839
 IDADE: 45 SEXO: F COR: _____ DATA: 27/12/2018
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA
 CIRURGIÃO: DR THALES 1º ASS: DR ARAO
 2º ASS: _____ 3º ASS: _____
 INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO PÓS-CIRURGICO	CÓDIGO
<u>FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE PLATO TIBIAL ESQ</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA EM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE PLATO TIBIAL ESQ</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO

Descrição: _____

BIOPSIA DE CONGELAÇÃO: _____

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:
 ENFERMARIA TERAPIA INTENSIVA
 RESIDÊNCIA ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: _____ DATA: 27/12/2018

ALBO S1 de Alibadas
CRMEP-RJ - CIRURGIA DE ORTOPEDIA
2018-05-27



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição/Preparo:

Paciente deitado dorsal horizontal sobre espuma
Assessor e auxílio

Incisão:

Fazendo paralelo ao I

Extatos:

Festim e plástico posterior e lateral

Conduta:

Prévio redirecionamento para porta ferida
para a T11, tem todo tecido
+ parceria espina e lombosacra

Encerramento:

Sutura por planos
com sutura evitando

Observação:

Data: João Pessoa - 24/12/18

Assinatura/carimbo:





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JOÃO PESSOA - CNES: 454551 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1124839

**Identificação do paciente**

ID 1349103	Nome SANDRA VIRGINIO DA SILVA			Sexo Feminino
Data de nascimento 24/12/1972	Idade 46 anos 18 dias	Estado civil	Religião	Pronunciado 112492
Mãe CECILIA SARES RODRIGUES	Pai SEBASTIAO VIRGINIO DE BARROS			
Escolaridade				Responsável (Parentesco) ROGERIO RIBEIRO DA SILVA - ESPOSO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988094097	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1513228	Nº Cris		
Local de procedência CENTRO / SANTA RITA		Tipo BAIRRO	UF PB	
nat	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		

Endereço

CEP 58300000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro GLOBO
Número 21	Complemento TIBIRI	Bairro CENTRO	

Admissão

Data e Hora 25/11/2018 19:30:27	Número da pulseira 1000005158583	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RIA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

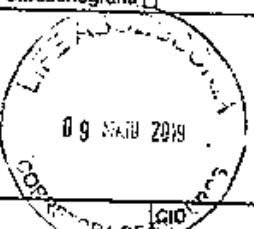
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Loco de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA	X mmHg	P脉	Temperatura
----	--------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasomografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos						
----------------	--	--	--	--	--	--

Diagnóstico						
-------------	--	--	--	--	--	--

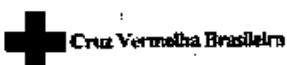
Atendido por ELMA VIEIRA DA SILVA	Tempo 01min 02seg					
---	----------------------	--	--	--	--	--

Imprimir

Nota de Sala Cirúrgica



NOSSO DE PACIENTE:	<i>Somado Virginio do silva</i>			
IDADE:	45	SEXO:	MASCULINO	
CIRURGIA:	Fratura de P. do oso ilíaco			
CIRURGÃO:	Thalles	DATA:	08/12/18	
ANESTESIA:	Geral			
ANESTETISTA:	Cleomira			
INSTRUMENTADOR:				
DATA:	27-12-18	HORARIO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO:	08:20:00	
HORARIO CIRÚRGICO - ANESTESIA FIM:		CIRURGIA INÍCIO:	11:00	
HORARIO CIRURGICO - ANESTESIA FIM:				
CLASSE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)				
ASA I = ASA II = ASA III = ASA IV				
GRADUAÇÃO DE CONTAMINAÇÃO (CLASSIFICAÇÃO DE CONTAMINAÇÃO INFECTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA)				
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.		MATERIAIS CONT.	QTD	
ALFENTANILA		SELCO Nº18	FIO CAT GEL CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	<i>600</i>	SELCO Nº20	FIO CAT GEL CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PRASADA		SELCO Nº22	FIO DE AGO Nº	
CETAMINA	<i>50</i>	SELCO Nº24	FIO DE AGO Nº	
DROPERIDOL		ALUT SIST DREN TORACICA Nº	FIO DE NYLON Nº 2	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURIANTES	FIO DE NYLON Nº	
FENDANITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	LÂMINA BISTURIANTES	FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PAPI DEGERMANTE	LÂMINA BISTURIANTES	FIO POLIOLACTINA Nº	
HELMAZENIL	PAPI TINTURA	LÂMINA BISTURIANTES	FIO POLI ACRÍLICA Nº	
ISOFLURANO	PAPI TOPOCO	LÂMINA DE DERMATOMO	FIO PR ATACÔTONA Nº	
OBUPIVACAÍNA C VASO	SABÃO ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERTO	FIO PVC PROPYLENO Nº	
OBUPIVACAÍNA S VASO	MATERIAIS	QTD. LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR	10 FIO PVC PROPYLENO Nº	
LIDOCAINA C VASO	AGULHA 15X4,5	LÂMINA ESTERIL Nº7,0	FIO PVC PROPYLENO Nº	
LIDOCAINA S VASO	AGULHA 25X6	LÂMINA ESTERIL Nº7,5	FIO PVCOLÉCAPONE Nº	
MIDAZOLAM	AGULHA 25X9	LÂMINA ESTERIL Nº8,0	FIO SEDA Nº	
MUSINA	AGULHA 40X12	LÂMINA ESTERIL Nº8,5	FITA CANUDICA	
NIMBUM	AGULHA PERIDURAL Nº16	MASCARA CIRÚRGICA	MATERIAL ESPECIAL	
PANICURONO	AGULHA PERIDURAL Nº17	MULTITIVIAS	CATETER DE PIC	
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18	PERFURADOR DE SORO	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQUÍNICO	SCALP Nº19	CLIP ITÁLIO LIGADURA	
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUÍNICO	SCALP Nº21	FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURONIO	AGULHA RAQUÍNICO	SERINGA 1ML	FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	FIO DE STEMMAN Nº	
SEXEAMETONO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	FIO STEMMAN Nº	
TIOFENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML	GRANDEDES CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP TRAQUEAL Nº8	RENOST ABSURVIEL
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	KIT DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	PROTESE VASCULAR
ATROFINA		CATETER EMBOLIC ALIMENTAL	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	KIT FAM
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº15	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	FIM FUR CINTO
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 21MAS Nº12	EMPRESA
AMETASDNA		CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 21MAS Nº14	
IRONA SODICA		CERA PARA OSO	SONDA NASO CURTA	PARAFUSOS CIRÚRGICAS
FEIRUNA		COLET URINA FECHADO	SONDA NASO LONGA	PARAFUSOS CIRÚRGICAS
EUROSENDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPROS
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPROS
GLICONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MATERIAIS
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MATERIAIS
LIDOFACINA GELEIA		ELETRODOS	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICON (LATEX)	PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF SANGUE		
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		
PROTAMINA		ESPONJA DE PUPI	FIOS	EQUIPAMENTOS
FENOTICAN		ESPARADRAGO	QTD.	1) ASPIRADOR
		GAZES		1) BISTURÍ CIRÚRGICO
		GAZES ALGODADAS		1) CAPNÓGRAFO
		GEL ELETROLÍTICO		1) CARDIOMONITOR
		SELCO Nº14		1) DESFIBRILADOR
		SELCO Nº16		1) FOTO AUXILIAR
				1) FOTO CENTRAL
				1) MICROSCOPIO
				1) VOLTMETRO DE PULSO
				1) VIDA INVASIVANA INVASIVA
				1) VENTILADOR ELÉTRICO
				1) SERRA



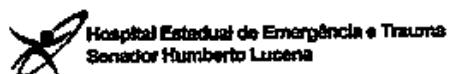
Documento de Alta

Nome SANDRA VIRGINIO DA SILVA			Número Prontuário: 112492
Data de 24/12/1972	Sexo: Feminino	Data de Internação: 25/11/2018 21:47:51	Data de Alta: 06/01/2019 08:14:17
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
Resumo da Internação: PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
Resultado de Exames: PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
Tratamento: PACIENTE COM FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDA, REALIZADA OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS. EVOLUI BEM SEM QUEIXAS.			
Diagnóstico: 382.1 - Fratura de extremidade proximal da fibia			
Recomendações: CARGA ZERO - TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA - CURATIVO DIARIO - RETORNO HTOP 15 DIAS			

Data: 06/01/2019

DANIEL CONSERVA ARRUDA
CRM: 11134 - PB





AV. ORESTES LISBOA,, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JO^OO PESSOA
CNES: 122334 - Tel.: 8332165736

DADOS GERAIS		
Marcção da agenda 08/01/2019 09:47:51	Convênio SUS	
Nome do paciente SANDRA VIRGINIO DA SILVA	Data de Nascimento 24/12/1972	
Dados do agendamento		
Data e Hora 21/01/2019 13:00:00	Recurso CONSULTA DE RETORNO	Séção -- CONSULTORIOS - HTOP
Tipo de Agenda Consulta de Profissional	Especialidade ORTOPEDIA	Profissional ARAO SANTOS DE ALENCAR
Procedimento	Exame	
Observações		



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Sondro Vicenzo
do sítio

DATA DO ATENDIMENTO: 06/01/14

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA:

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Amorim

DIAGNÓSTICO: _____

PROCEDIMENTO: Ex plôto fibro / C

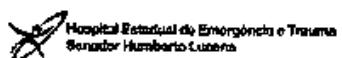
SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
<u>15/01</u>			

06/01/2014

HHA





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 6121221 - Tel.:

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)
SANDRA VIRGINID DA SILVA

RG (IDENTIDADE):
1513228

FOI ATENDIDO (A) POR DANIEL CONSERVA ARRUDA

DO (A) SALA DE ESTABILIZAÇÃO

NO DIA 06/01/2019 08:16:14 , NECESSITANDO DE 30 - TRINTA
DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: S82.1
T14.9

OSSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTOLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS
NO ART. 27 DE CLPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE
23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM-PB
011340PB

DANIEL CONSERVA ARRUDA
(011340PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

09 - 01 - 2019



  GOVERNO DA PARAÍBA		  GOVERNO DA PARAÍBA
Receituário de Controle Especial		
<p>HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. SANDRA VIRGINIO DA SILVA 190 Rua GLOBO, 21 - TIBIRI, SANTA RITA-PB-58300000 H124839</p>		
<p>HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena - Av. SANDRA VIRGINIO DA SILVA 190 Rua GLOBO, 21 - TIBIRI, SANTA RITA-PB-58300000 H124839</p>		
<p>RX VIA ORAL</p> <p>1-) TRAMADOL 100MG/CP ____ 01CP VO DE 8/8H (TOTAL 03 CP)</p> <p>SE DOR FORTE</p> <p><i>Daniel Conserva Arruda</i> <small>MÉDICO</small> <small>CRA 11134</small></p> <p><u>06/01/2019</u></p> <p>Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA <small>11134/PB</small></p>		
<p>RX VIA ORAL</p> <p>1-) TRAMADOL 100MG/CP ____ 01CP VO DE 8/8H (TOTAL 03 CP)</p> <p>SE DOR FORTE</p> <p><i>Daniel Conserva Arruda</i> <small>MÉDICO</small> <small>CRA 11134</small></p> <p><u>06/01/2019</u></p> <p>Dr. DANIEL CONSERVA ARRUDA <small>11134/PB</small></p>		



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Sandra Virginio da Silva

DATA DE NASCIMENTO 24/12/72

NOME DA MÃE Cecilia Soares Rodrigues

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 112492

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1124839

DATA DO ATENDIMENTO 25/11/18

HORA DO ATENDIMENTO 19:30

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Fratura de platô tibial esquerdo

CID 10 S82.1



AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto (sic) com queixa de dor em ombro e joelho esquerdo, sem outras queixas. Avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

Rx ombro e joelho E

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de platô tibial

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo com consolidação viciosa

ALTA HOSPITALAR: 06/01/19

DATA DA EMISSÃO: 26/04/19



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Dr .Anuar Murad Filho

Clinica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

A paciente Sandra Virginio da Silva é portador do CID : S 82.1 proveniente de fratura do platô tibial esquerdo ocasionado por acidente de motocicleta , tendo como seqüela um comprometimento de 75 % do membro afetado.

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :



Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

10-06-2019

*Dr. Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8742*

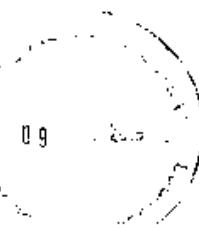
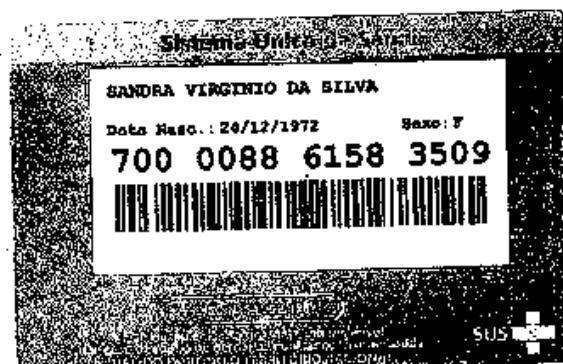
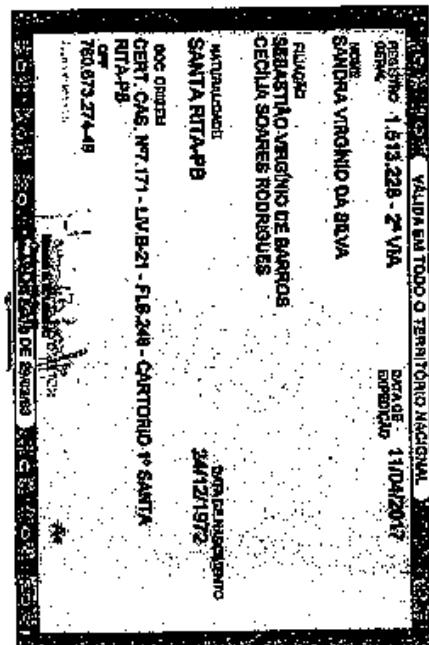
Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.955.582/0001-41)

Rua : Antônio Rafaelo Junior N - 170 (Miramar - João Pessoa) CEP : 58032-090



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 10:18:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052410180438100000041387548>
Número do documento: 21052410180438100000041387548

Num. 43519008 - Pág. 37



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 10:18:04
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052410180438100000041387548>
Número do documento: 21052410180438100000041387548

Num. 43519008 - Pág. 38



SEGURADO: PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA: Sandrinha Virginia de Souza
 DATA DO ACIDENTE: 25/11/2018 CPF DA VÍTIMA: 760.673.274-49
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO:

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR: O Globo

Nº 510 COMPLEMENTO: _____
 CIDADE: Santos - SP UF: SP BAIRRO: SC Maritimica
 E-MAIL: _____
 TELEFONE: (12) 991928028

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO EXTRASSE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- MAIS IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AusÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AITA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- DADOS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE
- DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DOS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE
- INFORMAÇÕES IMPORTANTES**
- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE - R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 23.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.134/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REembolsado ATÉ R\$ 2.700,00 (PEQUENO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROMETIDAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACCOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADO.COM.BR](http://www.dpvatseguro.com.br) OU LIGUE GRÁTIS 54 3800 022 1204.

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

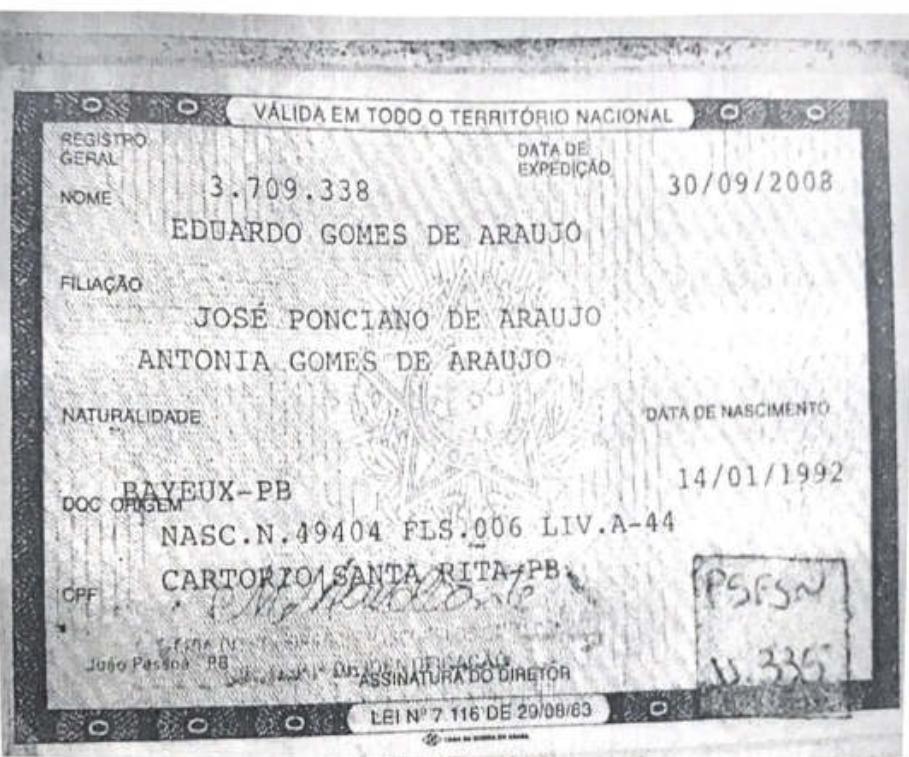
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA: 09/05/2019DATA: 09/05/2019IDENTIDADE: J. S. M. S. 2008IDENTIDADE: J. S. M. S. 2008

NOME: _____

NOME: _____

ASSINATURA: AssinaturaASSINATURA: Assinatura



Solicitação de Reembolso

Solicito que seja reembolsado o meu sinistro com número de ASL 0155868119, em virtude de não concordar com o valor pago pois segundo a tabela de invalidez utilizada para a indenização do seguro DPVAT, a perda da função de uma perna vale R\$ 9.450,00.

Envio novamente laudos médicos que comprovam a existência das sequelas permanentes. Em caso de dúvida, favor agendar perícia médica para a avaliação documental da junta médica da seguradora e/ou não conseguir ser justa quanto a minha deficiência permanentemente.

Por favor, analisem mais detalhadamente.

Grata,

Sandie Vingimio de Siqueira

João Pessoa, 11 de Junho de 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190314833 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRA VIRGINIO DA SILVA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO.
FRATURA DE PLATÔ TIBIAL LATERAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PLATÔ TIBIAL (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS), DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 2, 8, 13

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190314833 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRA VIRGINIO DA SILVA **Data do acidente:** 25/11/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO JOELHO ESQUERDO MEDIAL E POSTERO-MEDIAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA DA COXA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/06/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO MODERADO DO JOELHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE SANTA RITA/PB

Processo n.º 08002092120208150331

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 **SANDRA VIRGINIO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 2.531,25 (DOIS MIL E QUINHENTOS E TRINTA E UM REAIS E VINTE E CINCO CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invaleza da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SANTA RITA, 20 de maio de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 10:18:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105241018049800000041387549>
Número do documento: 2105241018049800000041387549

Num. 43519009 - Pág. 1

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 - 24/05/2021 10:18:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105241018049800000041387549>
Número do documento: 2105241018049800000041387549

Num. 43519009 - Pág. 2