

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00380.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00380.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:54 horas do dia 28 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Ivanildo Joaquim da Silva Junior**, CPF nº 047.236.424-39, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Marceneiro, filho(a) de Ivone dos Santos Silva e Ivanildo Joaquim da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 23/06/1982 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Radialista Edi Fragosos de Albuquerque, Nº 16, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Mercadinho Buriti, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98707-3285.

**Dados do(s) Fatos:**

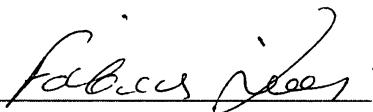
Local: Rua Projetada, próximo Ao Aterro Sanitário, João Pessoa/PB, bairro José Américo; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 21/09/17 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que conduzia a MOTO YAMAHA/FAZER YS250, 2006/2007, AZUL, PLACA MNV2583/PB, CHASSI 9C6KG01707003243, registrada em nome de SEVERINO ALVES CARNEIRO, quando passava por uma curva numa estrada de barro próxima ao aterro sanitário perdeu o controle da moto vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCoba ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 26.01.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena; Informa ainda que chovia no momento do fato; Que após o acidente foi socorrido em veículo particular para sua residência; Que no dia seguinte, 22.09.2017, informa que foi para o Ortopracta, de onde foi encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde deu entrada no dia 22.09.2017, às 19h13; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 28 de fevereiro de 2018.

  
FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação

SINCOR/PB

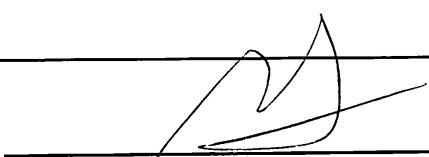
11 JUN. 2018

  
IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR

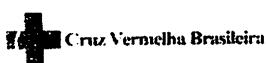
Noticiante

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Procedimento Policial: 00380.01.2018.1.00.420

	GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA	
<b>LAUDO MÉDICO</b>		
<b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>		
<b>NOME DO PACIENTE</b>	Ivanildo Joaquim da Silva Junior	
<b>DATA DE NASCIMENTO</b>	02/06/82	
<b>NOME DA MÃE</b>	Ivone dos Santos Silva	
<b>DADOS EXTRAÍDOS</b>		
<b>PRONTUÁRIO N.º</b>	104407	
<b>BOLETIM DE ENTRADA N.º</b>	1029401	
<b>DATA DO ATENDIMENTO</b>	22/09/17	
<b>HORA DO ATENDIMENTO</b>	19:13	
<b>MOTIVO DO ATENDIMENTO</b>	Acidente de moto	
<b>DIAGNÓSTICO (S)</b>	Fratura de clavícula direita S42.0	
<b>CID 10</b>		
<b>AVALIAÇÃO INICIAL:</b>		
<p>Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com dor e impotência funcional em ombro direito, encaminhado do Ortotrauma. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.</p> <div style="position: absolute; right: 0; top: 0; width: 100px; height: 100px; background-color: black; color: white; transform: rotate(45deg); display: flex; align-items: center; justify-content: center; font-size: small;"> <span style="font-weight: bold;">S/INCORR</span>  <span style="font-size: 10px;">11/01/2018</span> </div>		
<b>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</b>		
RX ombro D.		
RX:fratura de clavícula D.	<b>RESULTADOS DOS EXAMES:</b>	
	CONFERIDO COM O ORIGINAL	
<b>TRATAMENTO:</b>		
Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula direita		
<b>ALTA HOSPITALAR:</b>	04/10/17	
<b>DATA DA EMISSÃO:</b>	26/01/18	
 <b>Dr. Juan Jaime Alcoba Arce</b> 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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



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

Boletim de Atendimento: 1029401



Identificação do paciente				
ID 1212860	Nome IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR			Sexo Masculino
Data de nascimento 23/06/1982	Idade 35 anos 2 meses 30 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe IVONE DOS SANTOS SILVA	Pai IVANILDO JOAQUIM DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87073285	DDD Fixo 00	Fone Fixo 00000000	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2717844	Nº Cns 700608993689368		
Local de procedência FUNCIONARIOS III			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	
Endereço				
CEP 58078322	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro RADIALISTA EDI FRAGOSO DE ALBUQUERQUE	
Número 16	Complemento	Bairro FUNCIONÁRIOS		
Admissão				
Data e Hora 22/09/2017 19:13:57	Número da pulseira <b>100006047947</b>	Convênio SUS		
Especialidade ORTOPEDIA	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento TRAUMA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO				Tempo 37seg

Imprimir  
FZ



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**  
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES:

Paciente <b>IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR</b>	BAE 1029401	Data/Hora Entrada 22/09/2017 19:13:57	Data Baixa
Data de nascimento 23/06/1982	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 700608993689368
Mãe <b>IVONE DOS SANTOS SILVA</b>			Telefone de Contato (83) 87073285 / (00) 00000000
Endereço <b>RADIALISTA EDI FRAGOSO DE ALBUQUERQUE, 16</b>	Bairro <b>FUNCIONÁRIOS</b>	Município <b>JOÃO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>TRAUMA</b>	Profissional <b>ARAO SANTOS DE ALENCAR</b>	Nº Cons. Regional <b>7967/PB</b>
Data/Hora Classificação 22/09/2017 19:29:53		Data/Hora Prescrição 22/09/2017 19:59:21	
Convênio <b>SUS</b>	Nº Matrícula		Senha

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM DOR E IMPOTÊNCIA FUNCIONAL OMBRO DIREITO  
ENCAMINHADO DO TRAUMINHA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVICULAR DISTAL  
CD; SOLICITO INTERNAÇÃO  
PRE-OP

### DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

### MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA EV., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA EV., 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA), DILUIR 8,0 MG SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

OMEPRAZOL 20 MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 2,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA EV, 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), DILUIR 2,0 ML SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA EV, 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

**CUIDADOS**

SSVV + CCGG

**EXAME LABORATORIAL****HEMOGRAMA****COAGULOGRAMA COMPLETO****CID10**

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

**Conduta****Internar Paciente**

AJRCST  
1443  
20117

ARAO SANTOS DE ALENCAR  
(7967/PB)

IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR



## **EVOLUÇÃO DO PACIENTE**



**BE/PRONTUÁRIO**

**Nome do paciente**

Ivanildo Joaquim da S. Júnior

F(NG).ENF.018-1



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: MILTON DA  
SILVA LINHARES  
Em: 23/09/2017 06:46:42

Paciente <b>IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR</b>	Boletim de Atendimento <b>1029401</b>	Data/Hora Entrada <b>22/09/2017 19:13:57</b>	Data/Hora Saída	
Data de nascimento <b>23/06/1982</b>	Idade <b>35</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700608993689368</b>	Prontuário <b>104407</b>
Tempo de Internação <b>9h 51min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>NOTURNO</b>		

### EVOLUÇÃO DO PACIENTE (MILTON DA SILVA LINHARES - 23/09/2017 06:46:22)

#### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

##### Descrição da evolução:

Paciente está evoluindo estável, aguardando exames po; cd: vpm.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0005

Profissional responsável pela informação: MILTON DA SILVA LINHARES

Número Conselho: 4714

Milton da Silva Linhares  
CRM 471 EOT 6115  
Hosp. Estadual de Trauma 091



**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS  
ÓRTESES, RÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPMI**

Número:

Paciente: Juancho Espagueti vde Sifos perior  
Procedimiento: TO. cir. Fractura vde Clavícula D  
SUS: (x) Não SUS ( )  
Médico: Dr. Milton Ribeiro

Prontuário: 8029403  
Data: 02/10/17

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

**ASSINATURA DO MÉDICO**

**Assinatura Enfermagem - GOREN**

ASSINATURA CIRCUITO FONTE: RESPONSÁVEL

Lrenilda dos S. Ferreira  
Téd em Belo Horizonte  
SEN-PB 88 3575 F(NG).APC 013-2



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

SIR

Nome: Juanito Joaquim da G. Juvor BE/Prontuário: 10294401

Idade: 35 Sexo:  Masculino  Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 02/10/11.

Clínica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: \_\_\_\_\_

Cirurgião: D. Milton Barbosa 1º Assistente: D. Jussara Franco

2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: D. Carioca

Tipo de Anestesia: Bloqueo anestésico Período: Início \_\_\_\_ : \_\_\_\_ Término \_\_\_\_ : \_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura do lateral da clavícula direita</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Trato entro cirúrgico de</u>	
<u>Fratura da clavícula direita</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( Sim)  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( Sim)  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria      ( Terapia Intensa      ( Residência      ( Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Dr. Milton Barbosa  
CRM-PB 8592 / CRM-PE 21583  
TEOT 15203  
Ortopedia / Traumatologia

João Pessoa, 02/10/12.

F(NG).ASCIR.009-1

**Nota de Sala Cirúrgica**

NOME DO PACIENTE:		Ivanildo Joaquim da Silva Junior					
IDADE: 35 BE: 100401		PROTOCOLO: 18		PERMANENCIA: 06		CERTO: 06	
CIRURGIA: TMO - cir. Instituto de Clínica Dr. Luiz Rubens		Dr. Wilson					
CIRURGIO: Dr. Wilson		Dr. Luiz Rubens					
ANESTESIA: Gengicid		Dr. Camilo					
ANESTESISTA:							
INSTRUMENTADOR:							
DATA: 26/07/17		TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO: 09:15		FIM: 09:50		CIRURGIA: INÍCIO: 09:15 - 09:50	
ÍNDICE DE RISCO DE CIRÚRGICA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)							
ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )							
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA							
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.		
ALFENTANILA		JELCO N°18		FIO CAT GUT CROMADO N°			
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA	OK	JELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°			
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO N°22		FIO DE AÇO N°			
CETAMINA	SR2	JELCO N°24		FIO DE AÇO N°			
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N° 3,0	L		
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI N°11		FIO DE NYLON N°			
FENOBARBITAL	ÁLCOOL ETÍLICO 70%	DR LÂMINA BISTURI N°15		FIO DE NYLON N°			
FENTANILA	PVPI DEGERMANTE	OK LÂMINA BISTURI N°23	L	FIO POLIGLACTINA N° 2,0	L		
FLUMAZENIL	PVPI TINTURA	OK LÂMINA BISTURI N°24		FIO POLIGLACTINA N°			
ISOFLURANO	PVPI TÓPICO	LÂMINA DE DERMÁTOMO		FIO POLIGLACTINA N°			
LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO	SABÃO ANTISÉPTICO	LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO N°			
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO N°			
LIDOCÁINA C/ VASO	AGULHA 13X4,5	LUVA ESTÉRIL N°7,0		FIO POLIPROPILENO N°			
LIDOCÁINA S/ VASO	AGULHA 25X07	13 LUVA ESTÉRIL N°7,5	H	FIO POLIGLECAPRONE N°			
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	13 LUVA ESTÉRIL N°8,0	1	FIO SEDA N°			
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL N°8,5		FITA CARDIÁCA			
NIMBILUM	AGULHA PERIDURAL N°16	MÁSCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.		
PANCURÔNIO	AGULHA PERIDURAL N°17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC			
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL N°18	PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO			
PROPORFOL	AGULHA RAQUI N°25G	SCALP N°19		CLIP TITÂNIO LIGADURA			
RAMIFENTANILA	AGULHA RAQUI N°26G	SCALP N°21		FIO DE KIRSCHNER N°	2,5		
ROCURÔNIO	AGULHA RAQUI N°27G	SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°			
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°			
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPÔM	SERINGA 10ML	21	FIO STEINMAN N°			
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO			
MEDICAÇÕES	QTD. ROLSA P/ COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8		HEMOST. ABSORVÍVEL			
ADRENALINA	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10		KIT. DERIVA. VENTRICULAR			
ÁGUA DESTILADA	121 CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12		PRÓTESE VASCULAR			
ATROFINA	CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14		KIT. PAM			
BEXTRA	CATETER EPIDURAL N°16	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO			
CEFAZOLINA	1 CATETER EPIDURAL N°17	SONDA FOLEY 2VIAS N°12		EMPRESA			
DEXAMETASONA	1 CATETER EPIDURAL N°18	SONDA FOLEY 2VIAS N°14					
DIPIRONA SÓDICA	2 CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICAIS			
Efedrina	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICAIS			
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	13 SONDA URETRAL N°		PARAFUSOS ESPONJOSO			
GLICOSE 50%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO			
GLUCONATO DE CALCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR			
IIIDROCORTISONA	DRENO DE SUCÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MALEOLAR			
LIDOCÁINA GELÉIA	ELETRODOS	13 TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA			
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	1	PLACA			
PLASIL	EQUIPO TRANSF. SANGUE			EQUIPAMENTOS			
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			( ) ASPIRADOR			
PROTAMINA	ESPONJA DE PVPI	1 FIOS	QTD.	( ) BISTURI ELÉTRICO			
TOXAFLAN ( )	ESPARADRAPO	OK FIO ALGODÃO S/A N°		( ) CAPNÓGRAFO			
Septofix ( )	GAZES	13 FIO ALGODÃO S/A N°		( ) CÁRDIONITOR			
Septofix ( )	GAZES ALGODOADAS	FIO ALGODÃO C/A N°		( ) DESFIBRILADOR			
Septofix ( )	GEL ELETROLÍTICO	OK FIO ALGODÃO C/A N°		( ) FOCO AUXILIAR			
Septofix ( )	JELCO N°14			( ) FOCO CENTRAL			
Septofix ( )	JELCO N°16			( ) MICROSCOPIO			
				( ) OXÍMETRO DE PULSO			
				( ) P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA			
				( ) PERFURADOR ELÉTRICO			
				( ) SERRA			
				CIRCULANTE			

Assinado eletronicamente. A Certificação Digital pertence a: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO  
http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?nd=19020716294719500000018568102  
Número do documento: 19020716294719500000018568102

Data: 26/07/2017 - 10:45:23  
Assinatura: 19020716294719500000018568102



## FICHA DE ANESTESIA



SBRA

DATA: 20/10/2011

### PRONTUÁRIO:

PACIENTE:	Dionaldo JOSÉ da Silva	SEXO:	COR:	IDADE:
-----------	------------------------	-------	------	--------

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNEO
------------------	-------	------------	-------------	------	-----------------

ESTADO GERAL	( ) BOM	( ) REGULAR	( ) MAU	( ) PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO	( ) BOM	( ) REGULAR	( ) MAU	( ) PÉSSIMO
--------------	---------	-------------	---------	-------------	-----------------	---------	-------------	---------	-------------

EXAMES COMPLEMENTARES	V.R.
-----------------------	------

AP. RESPIRATÓRIO	Normal	AP. CIRCULATÓRIO	N.P.
------------------	--------	------------------	------

AP. DIGESTIVO	Normal	ESTADO MENTAL	N.P.	DROGAS EM USO
---------------	--------	---------------	------	---------------

PRÉ-ANESTÉSICO		ESTADO FÍSICO (ASA)
----------------	--	---------------------

DOSE/HORA	
-----------	--

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	
----------------------------	--

CIRURGIA REALIZADA	Trotinete curvado de futebol de clube (F)
--------------------	---

CIRURGIÃO	Tellone	AUXILIARES (Luzes, Fones)
-----------	---------	---------------------------

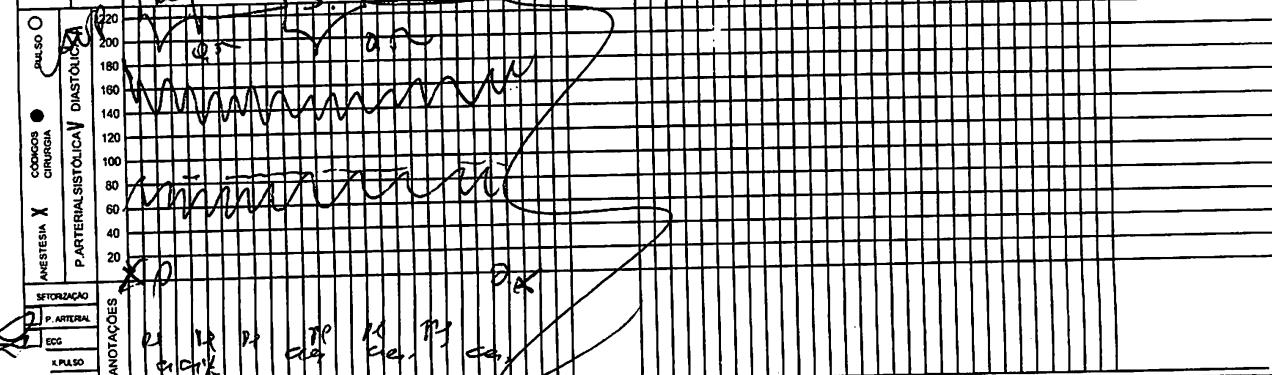
INÍCIO DA ANESTESIA	01:30	TÉRMINO DA ANESTESIA	09:40	DURAÇÃO DA ANESTESIA	8h
---------------------	-------	----------------------	-------	----------------------	----

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.	VALORES R\$
------------------------	--	---------------	-------------

ANESTESISTA	Dionaldo JOSÉ da Silva	CRM-PB	Camila Queiroz MEDICA CRM-PB 8097
-------------	------------------------	--------	---

AGENTE SHORA	750	140	20
--------------	-----	-----	----

LÍQUIDOS VENOSOS	500	140	20
------------------	-----	-----	----



<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input checked="" type="checkbox"/> BLOQ.PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ.NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
--	-------------------------------------	-----------------------------------	--	--------------------------------------	---------------------------------

LÍQUIDOS	Volume em ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
GLUCOSE	1000	1) Cefazolin 3	11
NACL	1000	2) Rocadine 3	12
SANGUE	1000	3) Dupox 3	13
RINGER	1000	4) Atropina 0,05 mg	14
TOTAL	1000	5) Desmetilfene 100 mg	15
DESTINO DO PACIENTE		6) Tedazole 2 g	16
<input type="checkbox"/> APT*	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	7) Peritol 20	17
<input type="checkbox"/> UTI	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8) Noradrenalin 0,001 mg	18
<input type="checkbox"/> OUTROS	URS	9) Lanotrelve 100 mg	19 Adm. 21
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES		10) Tedazole 2 g	20 Sulf 60
		11) Agua Destilada	

Notas: ex 013 montanhas, mesmo de fogo intercaladas, aliás, reduzido ao que de pior se refere, com alterações cutâneas, ex 0,5 ml, ATD unidose (1)+(1) + (1) Diproverap, negativo, ex ampicilina ex 0,5 ml corrente, ASSINATURA DO ANESTESISTA: CRM-PB 026-1



## Visita Pré Anestésica

18106

Anes

29/09/17 : DATA

PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:		Ivam Ldo locum ob silve	
Idade:	35	Sexo:	M
Patologia principal:		HAC (D)	
Cirurgia:		TTO exumação	
Anestesia proposta:		Bloqueio Regional	

	sim	não		sim	não
Dor no peito, angina?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
infarto? [ ] <3M [ ] 3-6M [ ] >6M	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Doença da tireóide?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pressão alta?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mudança no hábito miccional?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sopro, febre reumática?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Modificação no sputo?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Arritmia, taquicardia: [ ] espontânea	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quicimacto, azia, H.d.o hiato, dor?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
nos esforços: [ ] peq. [ ] médios	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Náuseas, vômitos? (cor: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Edema de MMII: [ ] Tarde [ ] Verão	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Mudança no hábito intestinal?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dispndia de desbotão? [ ]	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Alteração na cor das fezes?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
nos esforços [ ] peq. [ ] médios	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Pérdida de peso s/dieta?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aasma/bronquite?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hepatite, icterícia, malária, Chagas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Tosse/catarro? (cor: )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anemia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fumante: há ____ anos. Parou há ____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Sangramento? (onde?)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Desmaios, tonturas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Hematomas/manchas roxas?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Convulsões, abalos, tremores?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Gripe, febre, recente?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Fraqueza muscular, miopatia?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Está ou pode estar grávida? (DUM: / )	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Dor nas juntas, artite, colagenose?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Tem problema de surdez, visão?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Problema de coluna?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Teve febre alta quando foi operado?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Estíntua social	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Recebeu Transf.sangue? Há ____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Alcoólatra: há ____ anos. Parou há ____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Acceita transf.sangue numa emergência?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dados importantes da Anamnese e/ou EF

Cirurgias / Anestesias Ptvias / Complicações

Medicamentos (Ditas)

PESSOAS: 78 Altura: 172 PA: 10X90: (Hidratado/desidratado)
(Coradôdico: eugênico/lipso/tecupi cianotico/tecnico/tecnico/tecnico)
Ausculta: NDN
Dentadura/prótesis (inf/pup) (móvel/fixa) —
Dentes: RECENTES
Abertura da boca (Normal)
Percepção normal/curto
Flexão/extensão do pescoço
Normal/limitada
[ ] Maltempo! 1 2 3 4 distância externo/mento: ≤ 12,5 cm - 12,5

Anotar de preferência exames com < 01 ano					
Exames Subsidiários DATA: 22/09/17					
Hb=	45,8	Glic.	Cr.	Ur.	Leuc = 16.000
Nao	K+	TC	TS		
Plaq=	3.25.000				
Cosul: [ ] Normal [ ] Alterada	TT=17,4	TP=	TTPA= AP= 71,3 INR=		
RX ótico ( / / )					
ECG ( / / )					
Avaliação clínica					

Paciente aente de papam opes 22h, Memore Marcado. Termo assinado.

ASA: T

RETORNOS: [ ] NÃO [ ] SIM Motivo: [ ] Exames complementares [ ] Encaminhado p/Clinica. Qual:

(VIDE VERSO)

MÉDICO:

CRM:

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação do Ambulatório

CONDUTA FINAL: DATA: / /	<input type="checkbox"/> Liberado para cirurgia <input type="checkbox"/> Reavaliar na intenção motivo(s): <input type="checkbox"/> Reavaliar na SO motivo(s): <input type="checkbox"/> NÃO LIBERADO P/CIRURGIA motivo(s):
PROBLEMAS GRAVES	MPA drogas/dose

MÉDICO:

CRM:

F(NG)ASCIR.027-1

USP

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

### **OUTORGANTE:**

Nome: JUANILDO JOAQUIM DO SILVA JÚNIOR

Qualificação: Advogado, magistrado

CPF/MF: 047 236 424- 39 RG: 2717844 547178

Endereço: Rua Radicalista Edi Fragoso de Almeida nº 16 Funcionário I CEP. 58000-000

**OUTORGADOS:** FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

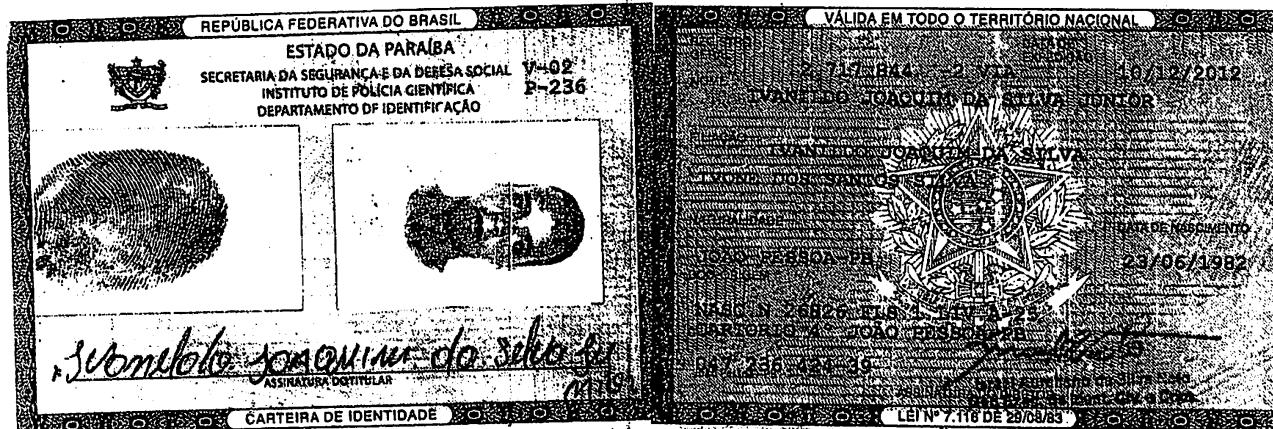
Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

### **GRATUIDADE JUDICIÁRIA:**

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa - PB, 22 de janeiro de 2019.

Juanildo Joaquim do Silva Júnior  
Outorgante



SINCOR/PB  
11 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0207322/18

Vítima: IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR  
CPF: 047.236.424-39

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 21/09/2017

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

**IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR : 047.236.424-39**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

#### ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/06/2018  
Nome: IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR  
CPF/CNPJ: 047.236.424-39

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2018  
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa  
CPF: 423.820.764-53

IVANILDO JOAQUIM DA SILVA JUNIOR

Sandra Maria Accioly Pedrosa



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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

#### É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL  CPF da Vítima  Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL		
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<u>Ivanildo Joaquim da Silva Júnior</u>	<u>047236424-39</u>	<u>funcionário</u>
Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Radicalista Edi Fracasso de Almeida</u>	<u>16</u>	
Bairro	Cidade	Estado
<u>Funchal</u>	<u>Pedro Ressaca</u>	<u>PB</u>
Email	CEP	Telefone (DDD)
	<u>58078322</u>	<u>987073285</u>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS					
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> RS 1.001,00 ATÉ RS 3.000,00		
<input type="checkbox"/> RS 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> RS 5.001,00 ATÉ RS 7.000,00	<input type="checkbox"/> RS 7.001,00 ATÉ RS 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE RS 10.000,00		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			<input type="checkbox"/> BANCO Nome _____		
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			<input type="checkbox"/> AGENCIA NRO. _____		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	D/V	D/V
<u>4823</u>		<u>13187</u>	<u>5</u>		
(Informar dígito se existir)					

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

João Pedro. 25 de maio de 2018

Local e Data

Ivanildo J. da Silva Júnior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CONFIRMO COMO ORIGINAL

SINCOR/PB

11 JUN. 2018

Caixa Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OVIDORIA 0800 725 7474  
OVIDORIA 0800 725 7474

085-577953806-5

26/MAR/2018

HORA DF 07:44:

LOT: 13.22184-8 TERM: 0467  
LOCALIDADE: JOAO PESSOA  
AC. VINCULADA: 4823 CONTROLE: 89306135

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4823 013 00013187-0

JVANILDO JOAQUIM S JUNIOR

VALOR

: 500

ESTE RECEBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

085-577953806-5

1ª VTA

CONFIRMO COM O ORIGINAL

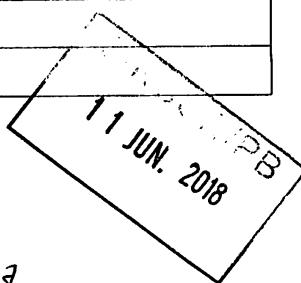
## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ivanildo Soares da Silva Júnior,  
RG nº 1717844, data de expedição 10/12/12, Órgão SSP/PB

CPF nº 047236424-32, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Radicalista Edi Fragoso de Albuquerque</u>
Número	<u>10:16</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Funchionário F.</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58 078-322</u>
Telefone de Contato	<u>9 8707 8285</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.



Local e Data: João Pessoa, 25/03/18

Assinatura do Declarante: Ivanildo Soares

58078-270

CONFERIDO COM O ORIGINAL





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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Juanilda Soaquimira da Silva Leoniw | CPF da Vítima: 047236424-39 | Data do Acidente: 22-09-2017

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: SINCOR/PR | CPF do Representante legal: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Telefone (DDD): \_\_\_\_\_

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

11 JUN. 2018

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

goSPmer, 25 de março de 2018  
Local e Data

Sebastião José da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - PB		Nº 013136492802	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	NET	20170000035814
2	0091421918-9	00/0000000	2017
NOME SEVERINO ALVES CARNEIRO			
CPF/CNPJ 32364334420		PLACA MNV2583/PB	
PLACA ANT/UF NOVO	PB	CHASSI 9C6KG017070033243	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	COMBUSTÍVEL GASOLINA		
MARCA/MODELO YAMAHA/FAZER YS250	ANO FAB. 2006	ANO MOD. 2007	
CAP/POT/CIL 2 P/249 /CI	CATEGORIA PARTIC	COR PREDOMINANTE AZUL	
COTA UNICA IPVA PAGO EM	VENC. COTA UNICA 00/00/0000	VENC/COTAS 1 <sup>a</sup>	
FAIXA IPVA *****	PARCELAMENTO/COTAS 0	2 <sup>a</sup> 3 <sup>a</sup>	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *****	IOF (R\$) SEGUR	PRÉMIO TOTAL (R\$) PAGO	DATA DE PAGAMENTO 24/02/2017
OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
JOAO PESSOA P/B 41980		DATA 06/03/2017	
7003781			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APENAS AS TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PB Nº 013136492802 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO  
2017 DATA EMISSÃO  
06/03/2017

VIA 2	CPF / CNPJ 32364334420	PLACA MNV2583/PB
RENAVAM 00914219189	MARCA / MODELO YAMAHA/FAZER YS250	
ANO FAB. 2006	CAT. TARI. 9	Nº CHASSI 9C6KG017070033243

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) SEGUR	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) PAGO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO
DATA DE QUITAÇÃO 24/02/2017		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

7003781-1201401-20170306

NOV-2016

SINCOR/PB

11 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMARCA DA CAPITAL  
4<sup>a</sup> VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

[SEGURO]

0801079-31.2019.8.15.2003

Advogados do(a) AUTOR: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA - PB13527, ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - PB11968

Advogado do(a) RÉU:

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência UNA para o dia **29 de abril de 2019, às 15:20h**, a realizar-se na sala de audiências da 4<sup>a</sup> Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que

buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, **nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva** perita nos presentes autos, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, científica acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do CPC).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

**P.I. Cumpra-se com urgência.**

João Pessoa, 8 de março de 2019

Juiz(a) de Direito



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMARCA DA CAPITAL  
4<sup>a</sup> VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

[SEGURO]

0801079-31.2019.8.15.2003

Advogados do(a) AUTOR: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA - PB13527, ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - PB11968

Advogado do(a) RÉU:

Defiro a gratuidade processual.

Designo audiência UNA para o dia **29 de abril de 2019, às 15:20h**, a realizar-se na sala de audiências da 4<sup>a</sup> Vara Regional de Mangabeira.

Cite e intime a parte promovida. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.

A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que

buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, **nomeio a médica Rosana Bezerra Duarte de Paiva** perita nos presentes autos, a para proceder à perícia judicial nos presentes autos, a realizar-se no dia e horário acima descrito, seguida de audiência de conciliação, instrução e julgamento, oportunidade em que se buscará a composição entre as partes litigantes.

Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.

Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, científica acerca dessa audiência.

A parte autora será intimada através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do CPC).

Intimem as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias.

As partes devem comparecer neste fórum, na sala de audiências deste juízo, no dia e hora designado, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriormente realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos. **A parte autora deve comparecer impreterivelmente portando documento pessoal com foto, o boletim de ocorrência e o primeiro atendimento médico inicial.**

Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

**P.I. Cumpra-se com urgência.**

João Pessoa, 8 de março de 2019

Juiz(a) de Direito