



Número: **0805235-54.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **14/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.100,00**

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	
JOAO PEDRO VERISSIMO DA CRUZ (AUTOR)		CAROLYNA ARENDRA OLIVEIRA ALBUQUERQUE (ADVOGADO) RANUZHYA FRANCISRAYNE MONTENEGRO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35313549	09/10/2020 11:07	Petição	Petição
35313553	09/10/2020 11:07	2585026_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
35313555	09/10/2020 11:07	2585026_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180348941 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PEDRO VERISSIMO DA CRUZ **Data do acidente:** 09/04/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **LUISA VERISSIMO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180348941**

Vítima: **JOAO PEDRO VERISSIMO DA CRUZ**

Data do Acidente: **09/04/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180348941**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13165382

Pag. 01783/01784 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUISA VERISSIMO DA SILVA
Nº Sinistro: 3180348941
Vítima: JOAO PEDRO VERISSIMO DA CRUZ
Data do Acidente: 09/04/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180348941**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentos de identificação não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

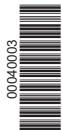
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00005/00006 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13167396



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: LUISA VERISSIMO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180348941

Vítima: JOAO PEDRO VERISSIMO DA CRUZ

Data do Acidente: 09/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180348941**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **09/04/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01853/01854 - carta_04 - INVALIDEZ



00050927

Carta nº 13247738





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

145554 80464

João Pedro Verissimo da Cruz

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Luiza Verissimo Da Silva	069190594-01	Do Lar
Endereço	Número	Complemento
Rua Claudio Cesar Castro	5434	eqs9
Bairro	Cidade	CEP
Araxá Jeaneiras	e grande	58400-000
Email	Estado	Telefone (DDD)
	PB	(83) 98799-9477

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0737 (Informar dígito se existir)

00086106 4 (Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

e grande 30 de janeiro de 2018
Local e Data

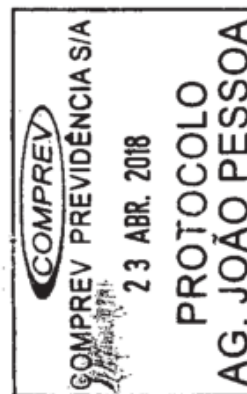
Luiza Verissimo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







BOLETIM DE Ocorrência
Nº00411.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação I: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 20/04/2017

Hora: 21:45:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Claudio César Castro, 434, Araxá, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Perto da Creche

PARTE(S)

COMUNICANTE

Nome: Luisa Verissimo da Silva%

Conhecido por: Não informado

Filiação: Maria Pereira da Silva e Benedito Verissimo da Silva

Idade: 37

Data de Nascimento: 25/11/1980

Identidade de Gênero: feminino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: casado(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Auxiliar de Cozinha

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 069.190.594-01

Endereço: Rua Claudio César Castro, 343, Araxá, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto da Creche

Telefone: (83) 98725-8709

VTÍMA

Nome: João Pedro Verissimo da Cruz

Conhecido por: Não informado

Filiação: Luisa Verissimo da Silva e João Paulo Silva Cruz

Idade: 16

Data de Nascimento: 02/02/2002

Identidade de Gênero: masculino

Nacionalidade: brasileira

Naturalidade: Campina Grande

Estado Civil: solteiro(a)

Escolaridade: Não informado

Profissão: Estudante

Cargo: Não informado

Matrícula: Não informado

Documentos(s) de Identificação: CPF nº 145.554.604-64

Endereço: Rua Claudio César Castro, 434, Araxá, Campina Grande, PB

Complemento: Não informado

Ponto de referência: Perto da Creche

Telefone: Não informado



Procedimento Policial: 00411.01.2017.2.00.420





TESTEMUNHA	<p>Nome: Henrique Bruno da Silva Conhecido por: Não informado Filiação: Maria Luciene dos Santos Silva e Expedito Felismino da Silva Idade: 24 Data de Nascimento: 24/05/1994 Identidade de Gênero: masculino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande Estado Civil: casado(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Comerciante Cargo: Não informado Matrícula: Não informado Documentos(s) de Identificação: CPF nº 110.811.704-09 Endereço: Rua- Projetada, 426, Araxá, Campina Grande, PB Complemento: Não informado Ponto de referência: Perto da Creche Telefone: (83) 98821-8451</p>
	<p>Nome: Débora Deyse da Silva Conhecido por: Não informado Filiação: Maria Lucilene dos Santos Silva e Expedito Felismino dos Santos Silva Idade: 20 Data de Nascimento: 08/07/1998 Identidade de Gênero: feminino Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande Estado Civil: solteiro(a) Escolaridade: Não informado Profissão: Estudante Cargo: Não informado Matrícula: Não informado Documentos(s) de Identificação: CPF nº 129.126.434-57 Endereço: Rua Possidônio Barbosa da Silva, Jeremias, Campina Grande, PB Complemento: Não informado Ponto de referência: Perto da Chece Telefone: Não informado</p>



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Yamaha, modelo YS 150 FAZER, tipo de veículo Motocicleta, cor Branca, ano 2014, placa OXO-5994, chassi 9C6KG0650E0010001, renavam 0100382230-1

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa a comunicante que a vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia na garupa da Motocicleta Yamaha/YS150 FAZER, Ano/Modelo 2014/2014, cor branca, Placa OXO-5994-PB, Chassi de Nº 9C6KG0650E0010001, licenciada em nome de Erivaldo Valdevino da Silva (Piloto da Moto no momento do acidente), quando trafegava na rua Claudio César Castro, bairro do Araxá, momento em que o condutor de um Veículo Celta de sinais e condutor não identificado, colidiu na traseira da moto em que a vítima ocupava, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura da bacia, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida por populares e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente

Procedimento Policial: 00411.01.2017.2.00.420





ADENDOS:

Usuário: Ademir da Costa Vilar

Data e Hora: 16/07/2018 14:37

Delegacia: Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos de Campina Grande

Descrição: No presente boletim, por erro na digitação, onde se ler a data do fato como sendo 20.04.2017, LEIA-SE 09.04.2017,

Data e Hora: 16/07/2018 14:44

Descrição: No presente boletim, por erro na confecção do presente boletim onde se ler a data do fato 20.04.2017, LEIA-SE 09.04.2017, bem como o nome da vítima onde se ler João Pedro Verissimo da Silva LEIA-SE JOÃO PEDRO VERÍSSIMO DA CRUZ.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 15 de dezembro de 2017.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES
Delegado(a) de Polícia Civil

Luisa Verissimo da Silva
LUIZA VERÍSSIMO DA SILVA

Noticiante

Ademir da Costa Vilar
ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



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 interdita 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 JOÃO PEDRO VERISSIMO DA SILVA CPF da Vítima 145.554.604-64 Data do Acidente 20/04/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal LUISA VERISSIMO DA SILVA CPF do Representante legal 069.190.594-01
Email _____ Telefone (DDD) (85)98725-8709

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:

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 causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha 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.

C. GRANDE, 02 de ABRIL de 2018.

Local e Data

Luisa Verissimo da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALI.001 V001/2017





2017-4-9



GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1412747 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 09/04/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Patrícia Maria Gonçalves

PACIENTE: JOAO PEDRO CEP: 58400002 Nascimento: 02/02/2002

VERISSIMO DA CRUZ
Endereço: RUA JOAO BATISTA PEIXOTO

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe: LUISA SILVA CRUZ

Responsável: JOAO PAULO SILVA CRUZ

Estado Civil: Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Médico:

CRM:

Especialidade:

Profissão: MENOR

CNS: 162545023140018

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015

Sexo: M

Telefone: 88218459

Bairro: ARAVA

Nº: 404

RG:

Idade: 015



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO

70167613

REFERÊNCIA:

JAN/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

LUISA VERISSIMO DA SILVA
RUA CLAUDIO CESAR CASTRO, S- 434 - ARAXA JEREMIAS
CAMPINA GRANDE-PB 58400- 000

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Público	
018.035.082.0310.000		000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
A119376002	14/12/2011	INTERNO LIGADO	LIGADO	LIGADO			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS		PROXIMA LEITURA		
381	389	8	30		11/01/2018		
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-M5.							
DEZ/2017	10	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	COM GRUPOS	
NOV/2017	8	0	TURBIDEZ	178	181	177	
OUT/2017	9	0	CLORO	178	181	179	
SET/2017	7	3	COL.TERMOT	0	0	0	
AGO/2017	5	0	COR	55	181	180	
JUL/2017	6	0	COL.TOTAIS	178	181	181	
MEDIA(M)	7	DADOS REFERENTES A: NOV/2017					

DATA DA IMPRESSÃO: 11/01/2018		HORA DA IMPRESSÃO: 12:26:42
DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	8 M3	10,56
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	8 M3	1,06
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 11/2017		0,22
JUROS DE HORA 11/2017		0,00

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 1,07 PIS E COFINS: R\$ 12,24412

VENCIMENTO: 23/01/2018 Total a Pagar: R\$ 11,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 3

INFORMAÇÕES GERAIS:

****AVISO**** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N.º 767 DE 14/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARÁ AUDIÊNCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFÁRIO. LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N.º 50 - JAGUARI BE - NO DIA 18/01/2018 ÀS 14:00H.



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70167613	JAN/2018	23/01/2018	R\$ 11,91

82670000000 1 11910010018 7 07016761301 0 01201880003 2



004-412991164-7

04/JAN/2018

HORA DE 15:35:07

LOT. 13.018030 4
LOCALIDADE: CAMPINA GRANDE
AG. VINCULADA: 0737

TERM 018033

SALDO PARA SIMPES CONFIRMAÇÃO

0737:00000100-4

NOME: LUISA VERISSIMO DA SILVA

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE: 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

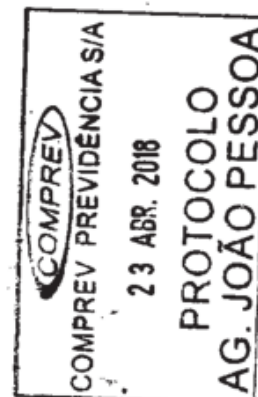
DIA LIMITE 27/12 SALDO 18,14 C
02/01 100,00 C

RESUMO EM 03/01 SALDO 118,14

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO 0,00
SALDO DISPONÍVEL 1.055,14 C
SALDO TOTAL 1.055,14 C

004-412991164-7

1ª VIA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 11:07:12

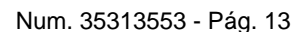
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911071223000000033741107

Número do documento: 20100911071223000000033741107



COMPROV

 23 ABR 2018



Stampa: 03/05/2013 10:03:38
Stampa: 03/05/2013 10:03:38



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.854/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70167613

REFERÊNCIA

JUL/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

LUIZA VERISSIMO DA SILVA
RUA CLAUDIO CESAR CASTRO, S. 434 - ARAXA JEREMIAS
CAMPINA GRANDE PB 58400-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Público	
018.035.082.0310.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A11E176003	14/12/2011	INTERNO LIGADO	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (H3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
443	451	8	29	10/08/2018		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JUN/2018	8	0	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
MAI/2018	16	0	TURBIDEZ	0	0	0
ABR/2018	15	0	CLORO	0	0	0
MAR/2018	8	0	COL. TERMOT	0	0	0
FEV/2018	7	0	COR	0	0	0
JAN/2018	8	0	COL. TOTAIS	0	0	0
MEDIA(M)	10		DADOS REFERENTES A: MAI/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 11/07/2018		HORA DA IMPRESSÃO: 10:49:33	
DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)	
AGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE AGUA	8 H3	10,56	
ESGOTO			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ESGOTO	0 H3	1,00	
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 05/2018		2,42	
JUROS DE HORA 05/2018		0,52	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 1,07 R\$ 5,00 E CONSUMO LIT 11,00	
VENCIMENTO: 23/07/2018	Total a Pagar: R\$ 14,56

	CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 3
CAGEPA	CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL	
INFORMAÇÕES GERAIS:		
QUANDO A INFANCIA E PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO. DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÉBITOS DE FATURAS DE 2017 - LEI 12007/09		



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70167613	JUL/2018	23/07/2018	R\$ 14,56

82670000300 1 14560010018 7 07016761301 0 07201850003 2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luciene fernandes Leite inscrito (a) no CPF/CNPJ 78921730420
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luisa Verussimo da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 06919059401, do sinistro de DPVAT cobertura 1 mil e 100 da Vítima
João Pedro Verussimo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 145554604164, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

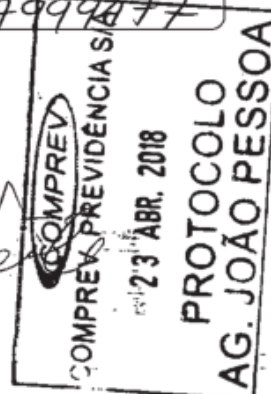
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Henrique Dias</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>cas9</u>
Bairro <u>Comércio</u>	Cidade <u>C. grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58401236</u>
Email <u>jf.medeiros1@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>32012321</u>	Telefone celular (DDD) <u>987999477</u>

C. grande 30 de januário de 2018
Local e Data

Luciene fernandes Leite
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017



Declaração do proprietário do veículo

Eu, Erinaldo Valdevino Da Silva
RG nº 2092894, data de expedição 73/06/1994 órgão SSPPB

Portador do CPF nº 020583144-33 com domicílio na cidade de
e. grande onde reside na (rua/avenida/estrada)
Rua Projetação, Bairro Anaxá
nº S/N, complemento casq. Declaro sob as penas da lei, que o

veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com
a vítima João Pedro Verissimo Da Cruz
cujo o condutor era Erinaldo Valdevino Da Silva

Veículo: Pas / Moto ciclo / Não Aplic
Modelo: Yamaha / YS 150 Fazer Sed
Ano: 2014 / 2014
Placa: OXD 5994 / PB
Chassi: 9CGKG0650E0010001

Data do acidente: _____
Local e data: Campina Grande



Erinaldo Valdevino Da Silva

Assinatura do declarante

Erinaldo Valdevino Da Silva

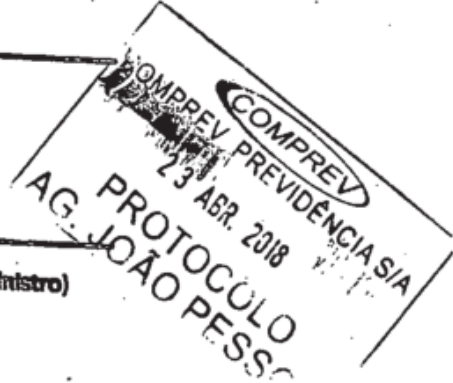
Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



1º SERVIÇO NOTARIAL & REGISTRAR
IVANDRO CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP: 57.000-263
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de 020.583.144-33 -
ERINALDO VALDEVINO DA SILVA - Dou fe. Campina Grande (PB),
22/01/2018 - 17:18

Em testemunho _____ da verdade.
Selo Digital: AGA66407-URX1 - Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol.: R\$ 9,50 FEPJ.: R\$ 1,90 FARPEN: R\$ 0,28 ISSQN: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15
00c01d4d1af16e443f61c19ed1d6be334b6360a2





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO				
Paciente	2000 Pedro	Alojamento	Leito	Convênio
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>				

[illegible]

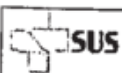
MOD. 035



<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911071223000000033741107>

Número do documento: 20100911071223000000033741107

Data da internação: 09/04/2017 Hora: 18:33:13

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

2 - CNES

2362856

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES

4 - CNES

2362856

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

JOAO PEDRO VERISSIMO DA CRUZ

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1412948

7 - CARTÃO DO SUS

162545023140018

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/02/2002

9 - SEXO

Masc ☒ Fem ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

LUIZA SILVA CRUZ

11 - TELEFONE DE CONTATO

83 88218459

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA JOAO BATISTA PEIXOTO, 404, ARAXA

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Campina Grande

14 - Cód. IBGE Município

250400

15 - UF

PB

16 - CEP

58400002

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fratura de acetábulo esquerdo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Instabilidade

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Fratura acetábulo

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DE ACETABULO ESQUERDO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fratura de acetábulo

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

AMARELA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016285661249

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

ARISTOTELES CORREIA DE Q NETO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/04/2017

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Aristoteles Correia de Q Neto

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

/ /

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
2000 Pedro		12	

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Dr. O. O. O. O.

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
9/4	Dato leve SF 1000ml 2x/dia Defunção 2ml 6/6h Telatol 1op 1x/dia overdose ao no 1x/dia vo Vigilância 14mg (EM)	18:40	24/06	Fa acetosels E
				Eob, cupl PPP
				re: probas PA+PP
				Cf: Oodvezia) exp
				Ouedid

Dr Aneltones Duperroz Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
Cirurgia OMRO E COTOVELO
CRM-001 TC 1 12637
Ch Rua Clotilde Chateaubriand 20F
Bot 3343 3300 3343 3356

Dr Aneltones Duperroz Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
Cirurgia OMRO E COTOVELO
CRM-001 TC 1 12637
Ch Rua Clotilde Chateaubriand 20F
Bot 3343 3300 3343 3356

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A
23 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035

F x ~~suburban~~ suburb suburb suburb

Paciente	João Pedro Veríssimo da Cruz	Alojamento	7	Leito	2	Convênio	
----------	------------------------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	# Orto. Evolução Médica
13.05.17	1) Dieta livre		
	2) SE 1000ml EV 12/12h		
	3) Dipirona 7ml EV 6/6h	18	06
	4) Filadelf 1 amp 1x/dia	18	06
	5) Ampicil 22 my 1x/dia VO	18	06
	6) Voltaren 1 amp 1x/dia	18	06
	7) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	8) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	9) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	10) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	11) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	12) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	13) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	14) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	15) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	16) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	17) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	18) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	19) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	20) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	21) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	22) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	23) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	24) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	25) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	26) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	27) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	28) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	29) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	30) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	31) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06
	32) Desprescizol 100mg 1x/dia	18	06

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 ABR 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Desprescizol 100mg 1x/dia
CRN 5523
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124124
OAB RJ 124

Fx acetabulo

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	João Pedro Veríssimo da Cruz	Alojamento	7	Leito	2	Convênio
----------	------------------------------	------------	---	-------	---	----------

[illegible]

MOD. 035





C

Diagnóstico

02

Pr. Paulo Venâncio da Cruz
Ev. acutabulo E

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	João Paulo Venâncio da Cruz	Alojamento	7	Leito	2	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
13/04/17	1) Dieta Livre					
	2) SF 09.1. 1000 ml EV 12/12h	06				
	3) Dipirona 2ml EV 6/6h	12				
	4) Dexametasona 20mg 1x/dia VO	06	# Ortopedia			
	5) Eubupropeno 10ml VO 12/12h	10				
	6) Tramadol 100mg + 100ml SF 09.1. EV 8/12h.	14	# Paciente evolui bem, ECG, Anamnese e exame físico satisfatórios, sem queixas no momento. Boa alimentação da dieta.			
	7) Ringer 500 ml EV 2h	18	Paciente c/ febre baixa			
	8) 500mg Ringer + 500ml EV 2h	22				
	9) Antacid 28mg/ml 4ml + 8ml AD EV 12/12h	26	# Conduta: NAD			
	10) Omeprazol 20mg + 80ml de j. + pasta d'água	30	Soluto Pacien da terapêutica, dige e psiquiatria			
	Manter nas costas a praxia 2x/dia	34				

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM-PA 35323

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM-PA 35323

PENITENCIA

Paciente vítima de fratura de acetábulo, no momento encontra-se com tosse e episódios de náuseas e vômitos, sem queda de febre e sem queixa de dor torácica.

HD = Infecção de Via Aérea (relacionada)

CD = Solicito Exame de Rastreio de Tuberculose

CRM-PA 35323



λ
 \times
 \cup

Diagnóstico

F₂ Metabolito E

COMPRE
REV PROVIDE
23 ABR. 2018

23 ABR. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[illegible]

MON 015



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

#x MetaBulo

Paciente	Idade	Sexo	Unidade	Leito	Convênio	Evolução Médica
João Pedro Venâncio da Cruz	2					
15/04/17						
1) Dieta L.V.						
2) SF 9.9.1. 1000 ml EV 12/12h						
3) Dipirona 2 ml EV 6/6h						
4) Omeprazol 20 mg 1x/dia VO						
5) Ibuprofeno 100 mg VO 12/12h						
6) Tramadol 100 mg 1x/dia EV 8/8h						
7) Ringer 500 ml EV 2h						
8) Soro glicofisiológico 500 ml EV 2h						
9) Soro 15 28 mg 1x/dia EV 12/12h						
10) Óxido de zinco 100 mg 1x/dia EV 12/12h						
11) Água quente nas costas 2x/dia						
12) Acompanhamento com a pediatra						
13) Dexametasona 4 mg 1x/dia						
14) SF 9.9.1. 1000 ml EV 12/12h						
15) Neb: SF 9.9.1. 3 ml 6/6h						
16) 60 ml/min						
17) 60 ml/min						
18) 60 ml/min						
19) 60 ml/min						
20) 60 ml/min						
21) 60 ml/min						
22) 60 ml/min						
23) 60 ml/min						
24) 60 ml/min						
25) 60 ml/min						
26) 60 ml/min						
27) 60 ml/min						
28) 60 ml/min						
29) 60 ml/min						
30) 60 ml/min						
31) 60 ml/min						
32) 60 ml/min						
33) 60 ml/min						
34) 60 ml/min						
35) 60 ml/min						
36) 60 ml/min						
37) 60 ml/min						
38) 60 ml/min						
39) 60 ml/min						
40) 60 ml/min						
41) 60 ml/min						
42) 60 ml/min						
43) 60 ml/min						
44) 60 ml/min						
45) 60 ml/min						
46) 60 ml/min						
47) 60 ml/min						
48) 60 ml/min						
49) 60 ml/min						
50) 60 ml/min						
51) 60 ml/min						
52) 60 ml/min						
53) 60 ml/min						
54) 60 ml/min						
55) 60 ml/min						
56) 60 ml/min						
57) 60 ml/min						
58) 60 ml/min						
59) 60 ml/min						
60) 60 ml/min						
61) 60 ml/min						
62) 60 ml/min						
63) 60 ml/min						
64) 60 ml/min						
65) 60 ml/min						
66) 60 ml/min						
67) 60 ml/min						
68) 60 ml/min						
69) 60 ml/min						
70) 60 ml/min						
71) 60 ml/min						
72) 60 ml/min						
73) 60 ml/min						
74) 60 ml/min						
75) 60 ml/min						
76) 60 ml/min						
77) 60 ml/min						
78) 60 ml/min						
79) 60 ml/min						
80) 60 ml/min						
81) 60 ml/min						
82) 60 ml/min						
83) 60 ml/min						
84) 60 ml/min						
85) 60 ml/min						
86) 60 ml/min						
87) 60 ml/min						
88) 60 ml/min						
89) 60 ml/min						
90) 60 ml/min						
91) 60 ml/min						
92) 60 ml/min						
93) 60 ml/min						
94) 60 ml/min						
95) 60 ml/min						
96) 60 ml/min						
97) 60 ml/min						
98) 60 ml/min						
99) 60 ml/min						
100) 60 ml/min						
101) 60 ml/min						
102) 60 ml/min						
103) 60 ml/min						
104) 60 ml/min						
105) 60 ml/min						
106) 60 ml/min						
107) 60 ml/min						
108) 60 ml/min						
109) 60 ml/min						
110) 60 ml/min						
111) 60 ml/min						
112) 60 ml/min						
113) 60 ml/min						
114) 60 ml/min						
115) 60 ml/min						
116) 60 ml/min						
117) 60 ml/min						
118) 60 ml/min						
119) 60 ml/min						
120) 60 ml/min						
121) 60 ml/min						
122) 60 ml/min						
123) 60 ml/min						
124) 60 ml/min						
125) 60 ml/min						
126) 60 ml/min						
127) 60 ml/min						
128) 60 ml/min						
129) 60 ml/min						
130) 60 ml/min						
131) 60 ml/min						
132) 60 ml/min						
133) 60 ml/min						
134) 60 ml/min						
135) 60 ml/min						
136) 60 ml/min						
137) 60 ml/min						
138) 60 ml/min						
139) 60 ml/min						
140) 60 ml/min						
141) 60 ml/min						
142) 60 ml/min						
143) 60 ml/min						
144) 60 ml/min						
145) 60 ml/min						
146) 60 ml/min						
147) 60 ml/min						
148) 60 ml/min						
149) 60 ml/min						
150) 60 ml/min						
151) 60 ml/min						
152) 60 ml/min						
153) 60 ml/min						
154) 60 ml/min						
155) 60 ml/min						
156) 60 ml/min						
157) 60 ml/min						
158) 60 ml/min						
159) 60 ml/min						
160) 60 ml/min						
161) 60 ml/min						
162) 60 ml/min						
163) 60 ml/min						
164) 60 ml/min						
165) 60 ml/min						
166) 60 ml/min						
167) 60 ml/min						
168) 60 ml/min						
169) 60 ml/min						
170) 60 ml/min						
171) 60 ml/min						
172) 60 ml/min						
173) 60 ml/min						
174) 60 ml/min						
175) 60 ml/min						
176) 60 ml/min						
177) 60 ml/min						
178) 60 ml/min						
179) 60 ml/min						
180) 60 ml/min						
181) 60 ml/min						
182) 60 ml/min						
183) 60 ml/min						
184) 60 ml/min						
185) 60 ml/min						
186) 60 ml/min						
187) 60 ml/min						
188) 60 ml/min						
189) 60 ml/min						
190) 60 ml/min						
191) 60 ml/min						
192) 60 ml/min						
193) 60 ml/min						
194) 60 ml/min						
195) 60 ml/min						
196) 60 ml/min						
197) 60 ml/min						
198) 60 ml/min						
199) 60 ml/min						
200) 60 ml/min						
201) 60 ml/min						
202) 60 ml/min						
203) 60 ml/min						
204) 60 ml/min						
205) 60 ml/min						
206) 60 ml/min						
207) 60 ml/min						
208) 60 ml/min						
209) 60 ml/min						
210) 60 ml/min						
211) 60 ml/min						
212) 60 ml/min						
213) 60 ml/min						
214) 60 ml/min						
215) 60 ml/min						
216) 60 ml/min						
217) 60 ml/min						
218) 60 ml/min						
219) 60 ml/min						
220) 60 ml/min						
221) 60 ml/min						
222) 60 ml/min						
223) 60 ml/min						
224) 60 ml/min						
225) 60 ml/min						
226) 60 ml/min						
227) 60 ml/min						
228) 60 ml/min						
229) 60 ml/min						
230) 60 ml/min						
231) 60 ml/min						
232) 60 ml/min						
233) 60 ml/min						
234) 60 ml/min						
235) 60 ml/min						
236) 60 ml/min						
237) 60 ml/min						
238) 60 ml/min						
239) 60 ml/min						
240) 60 ml/min						
241) 60 ml/min						
242) 60 ml/min						
243) 60 ml/min						
244) 60 ml/min						
245) 60 ml/min						
246) 60 ml/min						
247) 60 ml/min						
248) 60 ml/min						
249) 60 ml/min						
250) 60 ml/min						
251) 60 ml/min						
252) 60 ml/min						
253) 60 ml/min						
254) 60 ml/min						
255) 60 ml/min						
256) 60 ml/min						
257) 60 ml/min						
258) 60 ml/min						
259) 60 ml/min						
260) 60 ml/min						
261) 60 ml/min						
262) 60 ml/min						
263) 60 ml/min						
264) 60 ml/min						
265) 60 ml/min						
266) 60 ml/min						
267) 60 ml/min						
268) 60 ml/min						
269) 60 ml/min						
270) 60 ml/min						
271) 60 ml/min						
272) 60 ml/min						
273) 60 ml/min						
274) 60 ml/min						
275) 60 ml/min						
276) 60 ml/min						
277) 60 ml/min						
278) 60 ml/min						
279) 60 ml/min						
280) 60 ml/min						
281) 60 ml/min						
282) 60 ml/min						
283) 60 ml/min						
284) 60 ml/min						
285) 60 ml/min						
286) 60 ml/min						
287) 60 ml/min						
288) 60 ml/min						
289) 60 ml/min						
290) 60 ml/min						
291) 60 ml/min						

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



X

02

Diagnóstico

fx. autochulo

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	João Pedro Veríssimo da Cruz	Alojamento	7	Leito	2	Convênio
Data	16/04/17	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica
	1) Dieta livre					# Orto pedic
	2) SF 9.9.1 1000 ml EV 12/12h	18	06			
	3) Dipirona 2ml EV 6/6h	18	06			
	4) Omprazol 20mg 1x/dia VO	10	06			# Paracet 500mg 6h, EVB. Paciente sem a dieta, como prescrito. Sem intercorrências. Refere dor em baixo ventre e retenção urinária.
	5) Ibuprofeno 400mg VO 12/12h	14	06			
	6) Tramadol 100mg + 100ml SF 9.9.1 EV 8/18h	14	06			
	7) Ringer 500ml EV 2h	14	06			
	8) Soro glicosado 500ml EV 2h	18	06			
	9) Antax 28mg 1ml + 8ml AD EV 12/12h	10	06			# Conduta: VFN
	10) Óxido de zinco + óleo de parafina + pasta de água para curar na costura e pontos 2x/dia.	14	06			
	11) Acompanhamento com a pediatria	14	06			
	12) Dextroclorfeniramina xp-5ml VO 8/18h	18	06			
	13) SF 9.9.1 1ct-qt cada 4x/dia	18	06			
	14) Neb: SF 9.9.1 3ml > 6/6h	18	06			
	15) Soro de amino 5/1h					

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
Unimed PB 9965

Dr. Julio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
Unimed PB 9965

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
23 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

Fx acotabulo

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	João Pedro Viegas da Cruz	Alojamento	4	Leito	02	Convênio	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica				
14/04/18	1) Dada alta		# ORTOPEdia				
2) S.F.O. 91.1000 ml EV 30/10h (Sopro -)	18/18	06	PACIENTE EVOLVI BEM, BEM E SEM				
3) Difenidramina 2 mg, 6/6h	18/18	06	INTERCORRENCIAS. BOM ACEPTAÇÃO DA				
4) Omeprazol 20 mg, 1x dia	18/18	06	DIETA				
5) Ibuprofeno 400 mg, 1x dia	18/18	06	MOVIMENTO DO MEMBRO ACOMETIDO				
6) Tramadol 100 mg, 1x dia (Sopro -)	18/18	06	DIURESE E EVACUAÇÕES. (4) Duração: 14 dias				
7) Ringier 500 mg EV 24h (Sopro -)	18/18	06	VÔMITO: -				
8) Sola Glicoferridol 500 mg EV 24h	18/18	06	FEBRE: -				
9) Antibiótico 28 mg, 1x dia + 8 ml de cloroxal + pasta de água	18/18	06	NEGA QUEIXAS:				
10) Oxidado de glicoxal + 8 ml de cloroxal + pasta de água	18/18	06					
11) Acetaminofeno 500 mg, 1x dia	18/18	06					
12) Dexametasona 4 mg, 1x dia	18/18	06					
13) S.F.O. 91.1000 ml EV 30/10h (Sopro -)	18/18	06	# CONDUÇÃO: 14/18 -				
14) Nub. 5 F.O. 91.1000 ml EV 30/10h	18/18	06					
15) Sonda de alívio 5/10	18/18	06					
16) Fluor 1000 mg	18/18	06					

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA

23 ABR. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Dr. Sérgio

Ortopedia e Traumatologia

CRM 5523

Dr. Sérgio

Ortopedia e Traumatologia

CRM 5523

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM 45523

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM 45523



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Fr acetabulo

CO/S/A

COMPREV
EV. PREVIDENCIA
23 ABR. 2018

23 ABR 2018

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Paciente	Josão Pedro Vazirani da Cruz	Alojamento	4	Leito	2	Convênio	
Data	28/04/18	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica	
	31) Diabulone		18/18	24/06		# Osteopatia	
	32) Dipirona 9 ml + AP, EV, 6/6h		06/18	24/06		Paciente recebeu Soro f.b.B. e glóbulos intravenosa- m.	
	33) Ampicilina 20 mg, 1/0 3x/dia		10/18	24/06		Reintrodução da dieta: (+) Digo, falta de apetite	
	41) Dipirona 30 mg, 1/0, 3x/12h		18/18	24/06		Alimentação do membro acometido: (+)	
	51) Soro Glicofisiológico 500ml, EV, 24h		18/18	24/06		Diurese: (+)	
	61) Antacid 20 mg 1ml, 3x/d + 8h AP, EV, 3x/12h		18/18	24/06		Fatiga: (-)	
	71) Líquido de glicose + eletrólitos + pasta		10/18	24/06		Vômito: (-)	
	d'água para ser comestivo e beber 9x/dia		14/18	24/06		Febre: (-)	
	81) Acompanhamento com a pediatria		18/18	24/06		Nega queixas, dip. por est. após ingestão e de em forma leve, da conforma à palpção.	
	91) Dexametasona 1 mg + p - 5 ml 1/0 8/8h		18/18	24/06		# CD: 18/07 -	
	301) SFO, 91.3 ml - 3x/d - 1ml cada maximo 1x/dia		18/18	24/06		Mundo sem de DPE	
	331) Nib SFO, 91.3 ml - 3x/d - 1ml cada maximo 1x/dia		18/18	24/06			
	351) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	371) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	391) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	411) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	431) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	451) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	471) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	491) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	511) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	531) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	551) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	571) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	591) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	611) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	631) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	651) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	671) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	691) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	711) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	731) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	751) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	771) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	791) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	811) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	831) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	851) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	871) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	891) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	911) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	931) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	951) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	971) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	991) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	1011) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	1031) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	1051) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	1071) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	1091) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	1111) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	1131) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	1151) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	1171) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	1191) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	1211) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	1231) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	1251) Sonda de aliq. 5ml		18/18	24/06			
	127						



Exatidão

Paciente	João Pedro Vinícius da Cruz	Alojamento	4	Leito	2	Convênio	
Data	19/04/18	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica			
	1) Difenidramina 30mg, EV, 16h		18:24:06	# Ortopedia			
	2) Dipropionato 20mg, VO, 1x/dia		06:10	# Emergência			
	3) Dipropionato 20mg, VO, 1x/dia		18:24:06	Paciente desolado, sem humor, não consegue			
	4) Dipropionato 20mg, VO, 1x/dia		18:24:06	verificar, para prescrição, para a avaliação			
	5) Soro glicofisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06	da dita + eliminatório + monitorização			
	6) Antídoto 20mg/ml, 3ml + 8ml AD, EV, 2x/dia		18:24:06	do membro			
	7) Vitamina de zinco + óleo de girassol + pasta		18:24:06	Não, para avaliação do duto.			
	8) Água + pasta com pó de leite + pó de leite		18:24:06	CO: NAD-			
	9) Acompanhamento com a família		18:24:06				
	10) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	11) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	12) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	13) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	14) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	15) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	16) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	17) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	18) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	19) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	20) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	21) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	22) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	23) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	24) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	25) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	26) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	27) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	28) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	29) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	30) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	31) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	32) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	33) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	34) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	35) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	36) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	37) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	38) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	39) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	40) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	41) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	42) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	43) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	44) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	45) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	46) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	47) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	48) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	49) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	50) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	51) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	52) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	53) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	54) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	55) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	56) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	57) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	58) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	59) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	60) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	61) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	62) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	63) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	64) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	65) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	66) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	67) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	68) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	69) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	70) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	71) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	72) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	73) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	74) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	75) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	76) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	77) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	78) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	79) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	80) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	81) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	82) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	83) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	84) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	85) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	86) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	87) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	88) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	89) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	90) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	91) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	92) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	93) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	94) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	95) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	96) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	97) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	98) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	99) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				
	100) Soro fisiológico 500ml, EV, 2x/dia		18:24:06				

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



<p>COMPREV</p> <p>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A</p> <p>12 ABR. 2018</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>AG. CÃO PESSOA</p>	NOME: João Pedro Veríssimo da Cruz		N.º PRONTUÁRIO	
	UTI		ENF.	LEITO
	<p>Registrar a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.</p>			
Data	EVOLUÇÃO			Rubrica
21	# 13º DIA			
04	# Idade: 15a			
17	# Dispositivos: AYP em			
	# HD: Fratura em acetábulo e			
	# Em uso: Oxiclofeniramina			
	Ibuprofeno			
	Artax			
	# Evolução: Paciente segue internado em			
	leito comum de enfermagem, respirando			
	a.a., diurese (+) de aspecto turvo às vezes, e			
	diúria e tenesmo, evacuações (+). Paciente			
	relata mt dor em todo abdome durante			
	à noite o que prejudicou seu sono, dor re-			
	duziu após evacuação. Apresentou um			
	riso febril (38°C) às 6:00 e está e presen-			
	ça de secreção nos locais de uracão.			
	# Ao exame: ECR, taquicênico leve, hidra-			
	tado, hiperorado (+/+4), a.a.a.			
	- AR: MV (+) em AHT e rôncos de transmis-			
	são e sibilos inspiratórios e expiratórios			
	- ACV: RCR em 2T BNF S/S			
	- ABO: plano, flácido, depressível, doloroso			
	a palpação superficial e profunda e abdo-			
	me inferior. E dorá desconforto em FIE. Blumberg (+)			
	- EXT: s/ edema e fissuras externa em			
	M.E.			





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



COMPREV
COMISSÃO DE PREVIDÊNCIA S/A

3 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. 3000 PESSOA

João Pedro e Uníverson da Cruz

N.º PRONTUÁRIO

UTI

ENF.

07

LEITO

02

Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

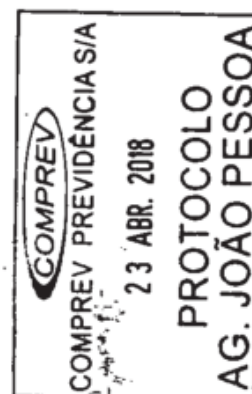
Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
23/04/17	# Enfermaria Pediátrica	
	# 15º DIH	
	# Id: 35 a	
	# Dispositivos: AVP	
	# HD: Fratura em acetábulo E	
	# Em uso: Dextroclorfeniramina	
	• Hidrocortisona (D2)	
	• Ibuprofeno	
	• Ranitidina	
	# Evolução: Paciente segue internado em enfermaria, respirando em a-a, evacuações espontâneas no 2º dia, diurese presente e sem alterações, apresenta Tax de 37°C, apetite preservado. Queixa de dor abdominal que melhorou após medicação.	
	# Ao exame: EG Regular, dispneico, labial, acianótico, hidratado.	
	• ACV = RCR em RT, BNF, S/S: FC = 88 bpm	
	• AR = MV+ em AHT, SIRA. FR = 20, SpO2 = 95%	
	• ABD = Plano, flácido, depressível, relato de desconforto em FID e FIE. Sem VHG palpável, RHA(+)	
	• EXT = Fixação externa em MIE.	
	# CD = Solicito SU e USG.	
	Prescrição mantida	

Luciano Augusto de M. C. Marques
PED. ORL
CRM-PB 100.10





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.503.575
DATA DE EXPEDIÇÃO	29/05/2017
NOME	JOÃO PEDRO VERISSIMO DA CRUZ
FILIAÇÃO	JOÃO PAULO SILVA CRUZ LUIZA VERISSIMO DA SILVA
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB
DATA DE NASCIMENTO	02/02/2002
DOC ORIGEM	CERT. NASC. Nº114392 - LIV.A89 - FLS.206 - CARTORIO 1º CAMPINA GRANDE-PB
CPF	145.554.804-64
ASSINATURA DO TITULAR	
DATA DE VALIDADE	29/06/83



RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

3 APR 2018

0140010

100

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

003.035.709

DATA DE
EXPEDIÇÃO

12/11/2018

NOME

LUCIENE FERNANDES LEITE

FILIAÇÃO

LUIZ FERNANDES

JOSEFA CARLOS FERNANDES

NATURALIDADE

CAMPINA GRANDE PB

DATA DE NASCIMENTO

21/09/1966

DOC. ORIGEM

CERT. DE CASAMENTO L-B 21 F-210 RG-11439

CAMPINA GRANDE PB-1 CARTORIO

CPF

789.217.324-20

3a. VIA

CRISTIANE DE CARVALHO OLIVEIRA

ASSISTENTE SOCIAL

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

3 APR. 2018

019304

20

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

003.035.709

DATA DE
EXPEDIÇÃO

12/11/2018

NOME

LUCIENE FERNANDES LEITE

FILIAÇÃO

LUIZ FERNANDES

JOSEFA CARLOS FERNANDES

NATURALIDADE

CAMPINA GRANDE PB

DATA DE NASCIMENTO

21/09/1966

DOC. ORIGEM

CERT. DE CASAMENTO L-B 21 F-210 RG-11439

CAMPINA GRANDE PB-1 CARTORIO

CPF

789.217.324-20

3a. VIA

CRISTIANE DE CARVALHO OLIVEIRA

ASSISTENTE SOCIAL

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 0229111 DATA DE EXPIRAÇÃO 21/05/04

NOME **LUISA VERISSIMO DA SILVA**

Benedito Verissimo da Silva

Maria Pereira da Silva

Campina Grande-Pb. 25.11.1980

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cart. Nasc. 37257, Fls. 169, Liv. A/13.

1ª Cart. de C. Grande-Pb.

CPF

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO TITULAR

Carteira de Identidade

234

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 069.190.594-01

Nome **LUISA VERISSIMO DA SILVA**

Nascimento 25/11/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013747533913
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
VIA 0100982430-1 00708000000 2017

NOME
ERINALDO VALDEVINO DA SILVA

02058314433 OX05994/PB

NOVOCAANT, U PB 9C6KG0650E0610001

PAS/MOTOCICLETA/NO APLICADO ABUSO/CAVAL

YAMAHA/YS150 MFAZER SED 2004de, 2004000.

2º PV149 /EI PARTIDO BRANCA DOMINANTE

COTA ÚNICA 000000/0000 VENC / COTAS

1º PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PREMIÁRIO (PRE) SEGURO PRÉCIO R\$ 100,00 (R\$) 08/2017

SEGURO OBRIGATORIO

A.F. BV FINANÇAS S.A.

DOCUMENTO DE ROLAMENTO OBRIGATORIO
NÃO VÁLIDO PARA VENDA/RENTAL

CAMPINA 333 23/08/2017 89418



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT

PB Nº 013747533913 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
SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 23/08/2017

VIA 02058314433/CHPJ OX05994/PB

03008822301 YAMAHA/YS150 FAZER S

ADOLFO 9C6KG0650E0610001

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DEBITAR (R\$) CUSTO DO BILHETE (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

IOF (R\$) TOTAL SEGURO DEBITADO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURO LÍDER - DPVAT

CHPJ 09.248.6080001-04

89418-1023246-20170823



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180348941 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PEDRO VERISSIMO DA CRUZ **Data do acidente:** 09/04/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VTIMA:

Nome: Suiza Verissimo da Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: auxiliar de cozinha
Identidade: 32 29 111 CPF: 069.190.594-01
Endereço: Rua: Projetada 434 Araxá

PROCURADOR:

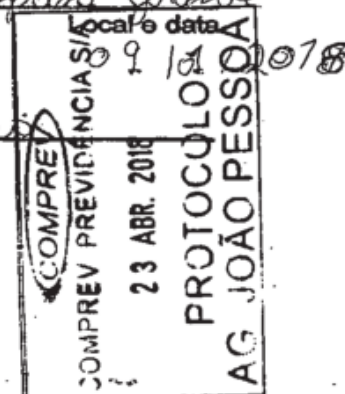
Nome: Luciene Fernandes Leite
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casada
Profissão: consultora
Identidade: 003.035.709 CPF: 789.217.324-20
Endereço: Rua - Henrique Dias n: 370 Conceição

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a quem tenho direito, podendo paratanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticarem em, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima



Suiza Verissimo da Silva

Campina Grande



1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
IVANDRO CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-263
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150

RECONHECIMENTO DE FIRMA
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de 069.190.594-01 -
SUIZA VERISSIMO DA SILVA - Dôu Te. Campina Grande (PB)
19/01/2018 - 15:30.

Em testemunho da verdade.

ira do Beneficiário/Vítima
er firma por autenticidade)



84236-188N - Consulte a autenticidade em <http://seelodigital.tjpb.jus.br>
50 FEPJ.: R\$ 1,90 FARPEN: R\$ 0,28 ISSQN: R\$ 0,47 Total: R\$ 2,65
f1e1b0d32e1b5de57c774a648c9a3b67739956ee



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08052355420198150001

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 **JOAO PEDRO VERISSIMO DA CRUZ**, 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 Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexos de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexos causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexos entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXOS DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPOSTO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços



na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 7 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

