



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 VERRISSIMO 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
35313 549	09/10/2020 11:07	<u>Petição</u>	Petição
35313 553	09/10/2020 11:07	<u>2585026_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
35313 555	09/10/2020 11:07	<u>2585026_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 11:07:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911071155600000033741103>
Número do documento: 20100911071155600000033741103

Num. 35313549 - Pág. 1

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 EVIDENCIAM 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 %

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 VERRISSIMO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180348941**
Vitima: **JOAO PEDRO VERRISSIMO 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 11:07:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091107122300000033741107>
Número do documento: 2010091107122300000033741107

Num. 35313553 - Pág. 2

Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: LUISA VERRISSIMO DA SILVA
Nº Sinistro: 3180348941
Vitima: JOAO PEDRO VERRISSIMO 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

Pag. 00005/00006 - carta_03 - INVALIDEZ



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

Carta nº 13167396



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 11:07:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091107122300000033741107>
Número do documento: 2010091107122300000033741107

Num. 35313553 - Pág. 3

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

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

Nº Sinistro: **3180348941**
Vitima: **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



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

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Luisa Verissimo Da Silveira</i>	CPF titular da conta <i>069190594-01</i>	Profissão <i>Do lar</i>
Endereço <i>Kuq claudiu cesar castro</i>	Número <i>8 434</i>	Complemento <i>eqs9</i>
Bairro <i>Araxá jeneiros</i>	Cidade <i>Araxá grande</i>	Estado <i>PB</i>
Email <i></i>	CEP <i>58400-000</i>	Telefone (DDD) <i>(83)98799-9477</i>

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 checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0787

00086106

4

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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 Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

e.grande 30 de janeiro de 2018
Local e Data

Luisa Verissimo da Silveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



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

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091107122300000033741107>

Número do documento: 2010091107122300000033741107

Num. 35313553 - Pág. 5



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

Num. 35313553 - Pág. 6

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



GOVERNO
DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00411.01.2017.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: 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
VITIMA	Complemento: Não informado
	Ponto de referência: Perto da Creche
	Telefone: (83) 98725-8709
	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

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

1/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 11:07:12
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091107122300000033741107
Número do documento: 2010091107122300000033741107

Num. 35313553 - Pág. 7

TESTEMUNHA

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 **Profissão:** Comerciante
Estado Civil: casado(s) **Naturalidade:** Campina Grande
Escolaridade: Não informado **Matrícula:** Não informado
Cargo: 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



TESTEMUNHA

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

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



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



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 erra 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 VERISSIMO 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

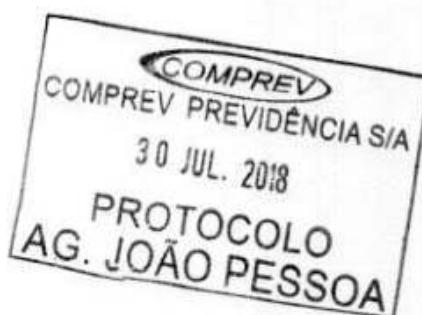
Luisa Verissimo da Silva

LUISA VERISSIMO DA SILVA

Noticiante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia



Procedimento Policial: 00411.01.2017.2.00.420

3/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 11:07:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091107122300000033741107>
Número do documento: 2010091107122300000033741107

Num. 35313553 - Pág. 9



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 **JOÃO PEDRO VENISSIMO DA CRUZ** CPF da Vítima **145.554.604-64** Data do Acidente **20/04/2017**

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal LUIZA VENISSIMO DA SILVA	CPF do Representante legal 063.130.594-01
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 atende 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 Venissimo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





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 - Maior, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 09/04/2017

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: JOAO PEDRO

CEP: 58400002 Nascimento: 02/02/2002

VERISSIMO DA CRUZ

Sexo:M Telefone: 88218459

Endereço: RUA JOAO BATISTA PEIXOTO

Idade:015 Bairro:ARAXA

Cidade: Campina Grande

RG: N°404

Nome da Mãe: LUISA SILVA CRUZ

CPF: Profissão:MENTOR

Responsável: JOAO PAULO SILVA CRUZ

CNS:162545023140018

Estado Civil:Sóteiro(a)

Data de Atend:09/04/2017

CONVÉNIO/SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 11:07:02

CRM:

Especialidade:

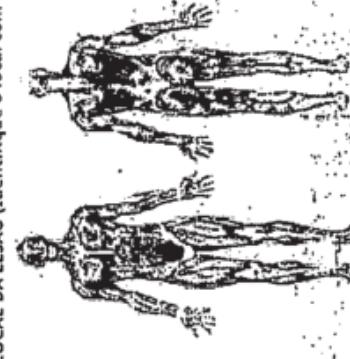
CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abraçado
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crenapêto
6. Dor.
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
- 12.F. Arma branca
- 13.F. Arma de fogo
- 14.F. Cerdase
- 15.F. Cortante
- 16.F. Contuso-contuso
- 17.F. Perfurante
- 18.F. Puro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inurgitamento venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paroxístico
28. Objeto Encravado
29. Ocorrência
30. Paralisia
31. Parese
32. Paroxismo
33. Quimiotrauma
34. Rincetria
35. Soproto de isquemia
36. Tumor
37. Visceral



OBS:

QUEIMADURA: % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNOSTICO / CID:

<http://10.1.148/projetohospimpurgencia.php?contar=1412747>

menos + on topodistie
Assinatura e Carimbo do Agente
Assinatura e Carimbo do Agente
Assinatura e Carimbo do Agente
Assinatura e Carimbo do Agente





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
MATRÍCULA

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
018.035.082-0310.000	INHO	B	C	H	P	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A118376002	14/12/2011	EXTERNO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (H3) NÚM. DE DIAS PRÓXIMA LEITURA	381	389	8	30	11/01/2018	
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-N5.	DEZ/2017	10	0	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONF ORIGENS
NOV/2017	8	0	0	TURBIDEZ	178	181
OUT/2017	9	0	0	CLORO	178	181
SET/2017	7	3	0	COL.TERMOT	0	0
AGO/2017	5	0	0	COR	55	181
JUL/2017	6	0	0	COL.TOTAIS	178	181
MEDIA(M)	7	-	-	DADOS REFERENTES A: NOV/2017		
DATA DA IMPRESSÃO: 11/01/2018	HORA DA IMPRESSÃO: 12:26:42					
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)				
ÁGUA						
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)						
CONSUMO DE ÁGUA	8 H3	16,56				
ESGOTO						
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)						
CONSUMO DE ESGOTO	8 H3	1,06				
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 11/2017		0,12				
JUROS DE MORA 11/2017		0,09				
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS-R\$ 1,02 R\$ 1,06 E COMIINS- R\$ 1,24 R\$ 1,24						
VENCIMENTO:	Total a Pagar:	R\$ 11,91				



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 3

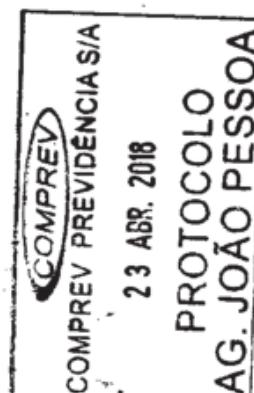
INFORMAÇÕES GERAIS:

AVISO A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO.
LOCAL: AUDITORIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARI BE - NO DIA 18/01/2018 AS 14:00H.

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA

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

82670000000 1 11910010018 7 07016761301 0 01201880003 2



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

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091107122300000033741107

Número do documento: 2010091107122300000033741107

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 11:07:12
<http://pj.ejp.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091107122300000033741107>
Número do documento: 2010091107122300000033741107

Num. 35313553 - Pág. 13



 CAGEPA COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA Rua Feliciano Cima, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB CEP: 58.015-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87		<small>PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO: MATRÍCULA</small> 70167613	
		<small>REFERÊNCIA</small> JUL/2018	
CONTAS 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 018.035.082.0310.000		SMI 000	Quantidade de Economias <small>Saída Entrada Total Saldo</small> 0 0 0 0
Hidrômetro 1116176003	Data de Instalação 14/12/2011	Localização EXTERNO LIGADO	Situação Água Esgoto LIGADA
ANTERIOR I ATUAL I CONSUMO (m³) I NUM DE DIAS I PRÓXIMA LEITURA 443 451 8 29 10/08/2018			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUITD. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS. JUN/2018 8 0 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES MAI/2018 16 0 TURBIDEZ 0 0 0 ABR/2018 15 0 CLORO 0 0 0 MAR/2018 8 0 COL. TERMO 0 0 0 FEV/2018 7 0 COR 0 0 0 JAN/2018 8 0 COL. TOTAIS 0 0 0 MÉDIA(M) 10 DADOS REFERENTES A: MAI/2018			
DATA DA IMPRESSÃO: 11/07/2018		HORA DA IMPRESSÃO: 10:49:33	
DESCRICAÇÃO CONSUMO TOTAL(R\$)			
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA 8 m ³ 10,56			
ESGOTO RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ESGOTO 8 m ³ 1,06 ACRESCIMOS(5) MÊS(E5) ANT. 05/2018 2,42 JUROS DE MORA 05/2018 0,52			
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 1,07 R\$ 5 E CONFERIR LETRA DA Fatura			
VENCIMENTO: 23/07/2018	Total a Pagar: R\$ 14,56		
<small>CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: 3</small>			
INFORMAÇÕES GERAIS: "QUANDO A INFANCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHO" DECLARAMOS NÃO EXISTIR DEBITOS DE FATURAS DE 2017 - LEI 12007/09			
 CAGEPA <small>COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA</small>		MATRÍCULA 70167613	REFERÊNCIA JUL/2018
		VENCIMENTO 23/07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 14,56

82670000000 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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Luciene fernandes Leite inscrito (a) no CPF/CNPJ 789 021 7304,20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luisa Verissimo da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 069 190 594/01 do sinistro de DPVAT cobertura 17/11/12 da Vítima João Pedro Verissimo da Cunha inscrito (a) no CPF sob o Nº 145 554 604 / 69, 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	Rua Henrique Dias	Número	370	Complemento	esq 9
Bairro	comercio	Cidade	PB	CEP	58401236
Email	jf.Medeiros1@gmail.com	Telefone comercial (DDD)	32012321	Telefone celular (DDD)	9879998877

C grande 30 de janeiro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Declaração do proprietário do veículo

Eu, Erinaldo Valdevino Da Silva,
RG nº 2032894, data de expedição 23/06/1994, Órgão SSPPB
Portador do CPF nº 02058314433 com domicílio na cidade de
e grande, endereço Ribeirão Preto Faolq, Bairro Anaxá
nº S/N, complemento casas. Declaro sob as penas da lei, que o
veículo abaixo mencionado é (era) da minha propriedade na data do acidente ocorrido com
a vítima João Pedro Verissimo Da Cruz,
cujo condutor era Erinaldo Valdevino Da Silva.

Veículo: Pás / Motociclo / Não Aplica

Modelo: Yamaha / YS 150 Fazer Sed

Ano: 2014 / 2014

Placa: OX0 5994 / PB

Chassi: 9C6KG0650E0010001

Data do acidente:

Local e data: Campina Grande



1º SERVICO NOTARIAL E REGISTRAL
IVANDRO CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58100-263
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202

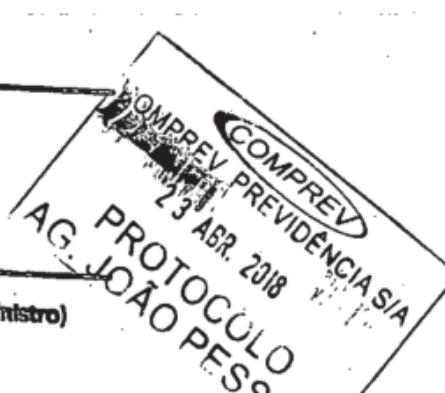


Márcia Cavalcanti
Escrevente
R. Vidal de Negreiros, 70
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202

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

Em testemunho

Selo Digital: AGA66407-URX1 - Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Valor: R\$ 0,50 FEPJ.: R\$ 1,90 FARPEM: R\$ 0,28 IBSEN: R\$ 0,47 Total: R\$ 12,18
0cf01d4dd1a1f6e443f61c19ed1d6be394b6360a2



Assinatura do declarante

Erinaldo Valdevino Da Silva

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





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

62 ocelot

Jessie Lee

Leit

Convênio

Paciente

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
9/4	<p>Dreto direito</p> <p>SE 1000ml de uréia</p> <p>Depurar 2ml em 666 18/06</p> <p>Total 1000 ml/dia</p> <p>ou seja 20 ml/colos 1000 ml/dia</p> <p>1000 ml/dia = 1000 ml/dia</p> <p>Dr. Antônio José Duarte Neto CIRURGIA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGIA Centro de Ortopedia e Traumatologia Av. Cláudio P. Tavares, 204 Tel.: 341-2560 / 341-2567</p>		<p>fa ecchells C</p> <p>EcB, segt PPP</p> <p>Ec : trolio TA + PP</p> <p>Cir : Osteosíntese</p> <p>Ossobit</p> <p>Dr. Antônio José Duarte Neto CIRURGIA ORTOPEDICA E TRAUMATOLOGIA Centro de Ortopedia e Traumatologia Av. Cláudio P. Tavares, 204 Tel.: 341-2560 / 341-2567</p> <p>Clínica Cirúrgica Dr. Geraldo Oliveira 204 Av. Cláudio P. Tavares, 204</p> <p>COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIAS/A 23 ABR. 2018 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</p>

MOD. 035

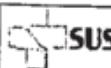
**COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**
23 ABR. 2018
**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**



2017-4-9

HTCG-Painel Administrativo

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

 Sistema Único de Saúde	LAUDO 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 - N° DO PRONTUÁRIO 1412948	
7 - CARTÃO DO SUS 162545023140018		8 - DATA DE NASCIMENTO 02/02/2002	
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL LUISA SILVA CRUZ	
11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE FONE 88218459		12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) RUA JOAO BATISTA PEIXOTO , 404 , ARAXA	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO MUNICÍPIO	15 - UF 250400 PB
		16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Frotoso de acetabulo esquerdo</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>notanto cair que</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Frotoso acetabulo</i>			
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 <i>Frotoso de acetabulo</i>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA AMARELA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	29 - N° 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 (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)
			<i>Dr. Aristoteles Correia de Queiroz Neto</i>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - N° DO BILHETE	38 - NERESTA
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			39 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - 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 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 23 ABR. 2018	
PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA			





SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPEDAGEM

Diagnóstico

Fix ~~sober~~
soft, bold

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

MOD. 035



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 11:07:12
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091107122300000033741107>
Número do documento: 2010091107122300000033741107

Num. 35313553 - Pág. 21



GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente José Pedro Venceslau da Cruz Alojamento 7 Lei Lei

COMPREV
COMPRESAVIDÊNCIAS/A

23 ABR 2018

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**





C X ✓

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente José Pinto Vassouras da Cruz

AG. JOÃO PESSOA
PROTÓCOLO
23 ABR. 2018

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓

✓



GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

Diagnóstico

卷之三

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente João Pedro Venâncio da Cruz

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
15/04/17	1) Dextra 2ml	18:00	Dr. (Ortopédia)
	2) SF 99.1. 1000 ml EV 12/12h	18:00	
	3) Dextraona 2 ml EV 6h	18:00	# Paciente evolui bem, desidratação momentânea.
	4) Onopagol 20 mg 4x dia VO	08:00	U.B. Manteve a diurese.
	5) Ibuprofeno 100 mg VO 12/12h	10:00	
	6) Transm 100 mg + 100 ml SF 0.9. 1. EV 8784	10:00	
	7) Ringer 500 ml EV 24h	14:00	
	8) Soro glicico fisiológico 500 ml EV 24h	16:00	
	9) Antialé 2g 2x 12h 1ml + 8ml AD EV 24h	18:00	
	10) Oxiido de zinc 4% gel desinfetante + pasta	10:00	# Conduta: UPM
	11) Algodão molhado nas costas e pernas e vulva	10:00	
	12) Antropometria com a pediatra	10:00	
	13) Dexclofenacina Xp - 5ml VO 818h	10:00	Dr. Julio Cesar Castilho Ortopedia e Traumatologia CRM/PB-9965
	14) SF 0.9. 1. 1G-1 + sada manutenção/dia	21:00	
	15) neb : SF 0.9. 1. 3 ml 6/6h	21:00	
	16) 6L/min	21:00	

MCD. 635

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

AG. JOÃO PESSO

23 APR 2011

- 3 - MAR. 4010

Protocol

6 10A8 BE

G. JUAOPE





GOVERNO
DA PARÁ

X SECRETARIA DE SAÚDE

Diagnóstico

卷之三

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente João Pedro Verschiano da Cruz

1000, 035

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 11:07:12
<http://pj.ejp.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091107122300000033741107>
Número do documento: 2010091107122300000033741107

Num. 35313553 - Pág. 26



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: João Pedro Viegas Medeiros Lino

Alojamento: 4 + Leito 0 2 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20/04/18	1) Ibuprofeno 400mg EV 09h (2xdia)	09h	# ORTOPE DIA
21/04/18	2) Sefo 900mg EV 09h, 06/04	09h	PACIENTE EVOLUI BEM, BEG E SEM
22/04/18	3) Dipirona 2mg, 06/04	09h	INTERCORRÊNCIAS. BOA ACEITAÇÃO DA
23/04/18	4) Omeprazol 20mg, 06/04	09h	DIETA
24/04/18	5) Metformina 500mg, 06/04	09h	MOVIMENTO DO MÉMORO ACABEIS DO +
25/04/18	6) Tramadol 100mg 7/04 and 500mg, 06/04 (Suspensão)	09h	DIURESE E EVACUAÇÃO. (+) Dolor + fadiga =
26/04/18	7) Ringeria 500ml EV 09h (2xdia)	09h	VÓMITO: -
27/04/18	8) 20g Glucotárofina 500ml EV 09h	09h	FEbre: -
28/04/18	9) Ambroxol 30mg 1/04 and 8/04 AR. EV. 09h	09h	NEGA QUEIXAS:
29/04/18	10) Oxidase de glicose + clor. di glicosid + profa diagn.	09h	
30/04/18	11) Drogas para dor e febre no dia	09h	
31/04/18	12) Acumulando amendoim como a picadura	09h	
01/05/18	13) Dux clor. amônio x/p - 5mg 110 8/04	09h	# CONDUTA: (LIPB) -
02/05/18	14) Sfo. 900mg, jct - 5g cedulacalvina 4/04	09h	
03/05/18	15) Niss. : Sfo.90. 5mg > 6/04	09h	
04/05/18	16) Sondas 6/04 6.11mm	09h	
05/05/18	17) Sondas de drenagem 5/04	09h	
06/05/18	18) Flaut. 11/04	09h	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
23 ABR. 2018

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

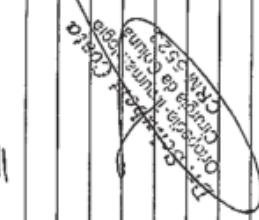
Fractura

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente João Pedro Vazquezino do Pruy

Alojamento 4 + Leito 0 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/04/14	1) Diphena 1mg + AD FU 6/6h	12 18 24 06	# Epicria
31	Clorpragol 20mg + VB 1dia	06	# Evolução
4)	Alupentato 10mg + VB 1dia	18	Vacinais desfez dor, humor normal, constipação, dor, pressão alta, eliminando o catarro.
5)	Sero glicodinolítico 300mg + FU 1dia	06	do dia 10/04/14
6)	Anitác 28mg 1x dia + 18 mg AD FU 1dia	18	do dia 10/04/14
7)	Colírio de glicose + óleo de glicerina + parafina	10	Dia 10/04/14
8)	água + banho marrom + colher 2x dia	22	co.
9)	Acampamento com a profissão	06	
10)	Bucalferinomina 1p - 5mg 10 8/8h	12 18 24 06	
11)	SE 0,9% Ad - g cida manivela 4x dia	12 18 24 06	
12)	NB SE 0,9% 3m → 6/6h	12 18 24 06	
13)	Og 6 Unid	06	
14)	Sonda de enema SIN		



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 ABR. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



NOME: <i>Jáva Pedro</i>	N.º PRONTUÁRIO	
UTI	ENF.	LEITO
A		

Notas sobre 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.

ECONOMIA
Compre
Prestação
23 ABR 2018
PROTÓCOLO
G. JOÃO
ESOAS





GOVERNO
DA PARAÍBA

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



COMPREV PROVIDÊNCIA SIA ABR. 2018	NOME: João Pedro Verissimo da Cruz	N.º PRONTUÁRIO UTI		
			ENF.	LEITO
NOTAS SOBRE A EVOLUÇÃO 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
21	# 13º OIH			
04	# Idade: 15a			
17	# Dispositivos: AYP um # HD: Fratura em acetáculo e # Em uso: Dexclopeniramina Ibuprofeno Antax			
	# Evolução: Paciente segue internado em leito comum de enfermaria, respirando aa, diurese + de aspecto turvo às vezes, c/ disúria e tenesmo, evacuações +. Paciente relata mt dor em todo abdome durante à noite o que prejudicou seu sono, dor reduziu após evacuação. Apresentou um pico febril (38°C) às 6:00 e está c/ presença de secreções nos locais de fracões.			
	# Ao exame: EGR, taquicardia leve, hidratação, hipocrônico (+/+4), a.a.a. - AR: MV+ em AHT c/ roncos de transmissão e sibilos inspiratórios e expiratórios - ACR: RCE em ST BNF S/S - ABO: plano, plácido, depressível, doloroso a palpação superficial e profunda e alde me inferior. C/ dor à descompressão em FIE. Blumberg +			
	- EXT: s/ edema c/ fiscações externas em MLE.			





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



COMPREV / PREVIDÊNCIA S/A

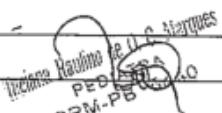
José Pedro Fernández da Cruz
UTI

N.º PRONTUÁRIO

ENF.	LEITO
07	02

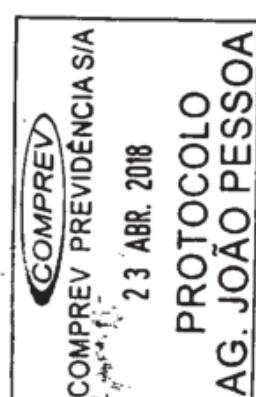
Notas sobre a Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnóstico, condições ao ser dada Alta, instruções ao Paciente devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

Data	EVOLUÇÃO	Rubrica
23/04/17	<p># Enfermaria Pediátrica</p> <p># 15º DIH</p> <p># Id: 35 a</p> <p># Dispositivos: MVP</p> <p># HD: Fratura em acetabulo E</p> <p># Em uso: Dextrofeniramina</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hidrocortisona (Dz) • Ibuprofeno • Ranitidina <p># Evolução: Paciente segue internado em enfermaria, respirando em a-a, evacuações vasentas não 2 via, dor persistente e sem alterações, temperatura: TAx de 37°C, apetite preservado. Quixoxe de dor validada no 1º dia melhora após medicação.</p> <p># Ao exame: EG regular, eupneico, rufibio, acianose, hidratação.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ACV = RCR entre 2T, BNF, S/S : FC = 88 bpm • AR = MV+ em AHT, SIRA. FR = 20, SpO₂ = 95% • ABD = Plano, flácido, desprotegido, relata dor a descompressão em FID e FIF. Sem VMG palpável, RHAD • EXT = Fixação externa em MIE. <p># CD = Solicito SU e USG.</p> <p>Prescrição mantida -</p> <p style="text-align: right;">Nelson Nogueira de Lima PEDE CRM-PB</p>	



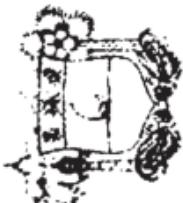


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
REGISTRO GERAL 4.503.575 DATA DE EXPEDIÇÃO 29/05/2017
NOME JOÃO PEDRO VERISSIMO DA CRUZ
FILIAÇÃO JOÃO PAULO SILVA CRUZ
LUISA VERISSIMO DA SILVA
NATURALIDADE CAMPIÑA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 02/02/2002
DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº114392 - LIV.A09 - FLS.206 - CARTORIO 1º CAMPINA
GRANDE-PB
CPF 145.554.804-64
29/05/2017 A-



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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/PRÉVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE
AG	AGENDA DE PROCESSO
3 APR. 2010	

Suelio Moreira Torres
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL
NOME

033.035.709

DATA DE
EXPEDIÇÃO

12/11/2020

LICIENE FERNANDES LEITE

FILIAÇÃO

LUIZ FERNANDES

JOSÉFA CARLOS FERNANDES

NATURALIDADE

CAMPINA GRANDE PI

DOC. ORIGEM

DET. DE CASAMENTO L-B 21 F-210 RG-11435

CAMPINA GRANDE PI-1 CANTINHA

ORF 799.217.324-21

Assinatura

CRISTIANA

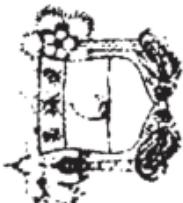
ASSINATURA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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/PRÉVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO	PROTOCOLO DE
AG	AGENDA DE PROCESSO
3 APR. 2010	

Suelio Moreira Torres
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL
NOME

033.035.709

DATA DE
EXPEDIÇÃO

12/11/2020

LICIENE FERNANDES LEITE

FILIAÇÃO

LUIZ FERNANDES

JOSÉFA CARLOS FERNANDES

NATURALIDADE

CAMPINA GRANDE PI

DOC. ORIGEM

DET. DE CASAMENTO L-B 21 F-210 RG-11435

CAMPINA GRANDE PI-1 CANTINHA

ORF 799.211.324-21

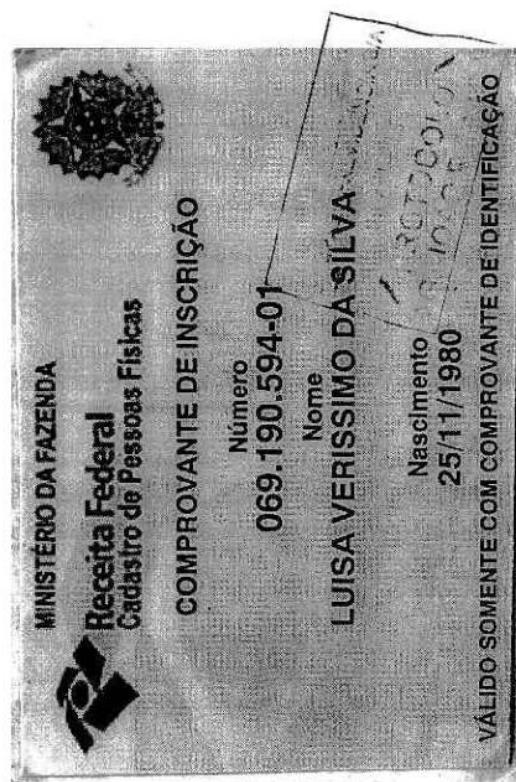
Assunto: Casamento

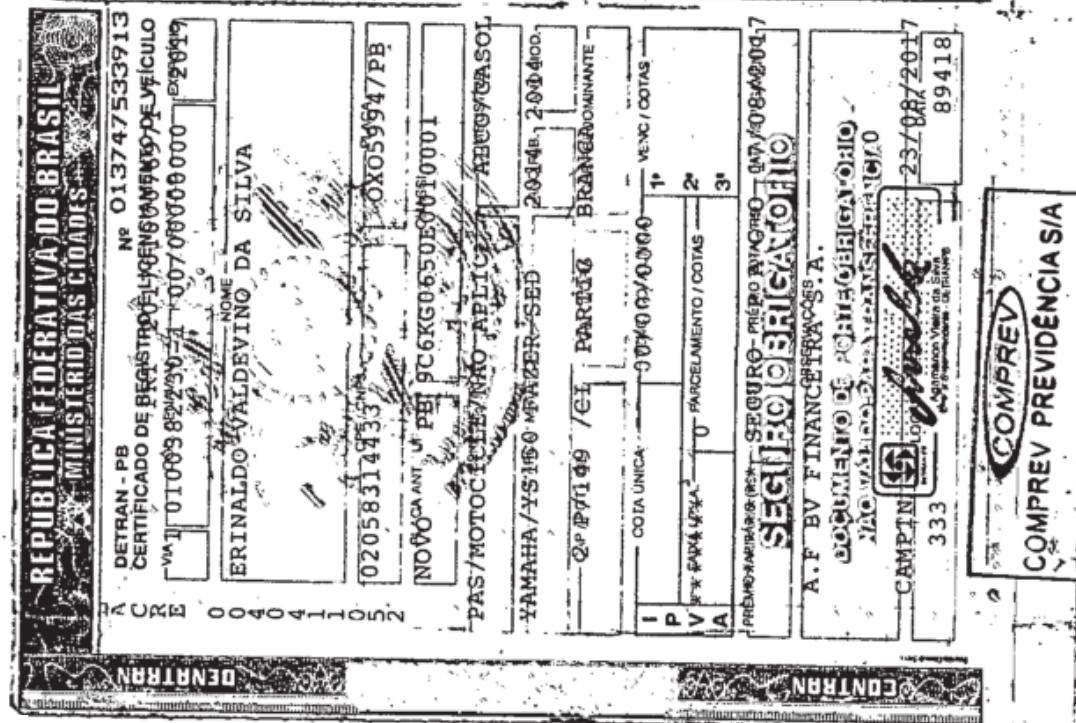
ASS

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DATA DE NASCIMENTO

21/09/1966





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 11:07:12
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010091107122300000033741107>
Número do documento: 2010091107122300000033741107

Num. 35313553 - Pág. 39

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 EVIDENCIAM 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 %



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: Silva Verissimo da Silva
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro
Profissão: auxiliar de Cozinha
Identidade: 32 29 111 CPF: 069.190.594-01
Endereço: Rua: Projétoada 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 Concurcão

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 quetento direito, podendo paratanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticarem fim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, davítmia



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 -
SILVA VERISSIMO DA SILVA - Doutor - Campina Grande(PB)
19/01/2018 - 15:30.

Em testemunha: da verdade.

84236-180N - Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
1,50 FEPAL; R\$ 1,80 FARPEM; R\$ 0,28 ISSQN; R\$ 0,47 Total: R\$ 12,15
f1a1b0d32e1b6de57c774a648c6a3b57739956ee



Campina Grande
Local e data: 9/10/2018

COMPREV	COMPREV PREVIDÊNCIAS /	23 ABR. 2018	PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA			





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10^a 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 nexo 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 inexiste nexo 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 nexo 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.

POR TANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO 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 SUPORTADO 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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 11:07:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911071324900000033741109>
Número do documento: 20100911071324900000033741109

Num. 35313555 - Pág. 1

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/10/2020 11:07:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100911071324900000033741109>
Número do documento: 20100911071324900000033741109

Num. 35313555 - Pág. 2