



Número: **0800393-64.2018.8.15.0551**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Remígio**

Última distribuição : **20/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSINALDO PEREIRA (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36533716	11/11/2020 14:37	Petição	Petição
36533717	11/11/2020 14:37	2585400_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
36533718	11/11/2020 14:37	2585400_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOSINALDO PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180392907**

Vítima: **JOSINALDO PEREIRA**

Data do Acidente: **15/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **INACIO BRUNO SARMENTO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180392907**.

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 13300589

Pag. 00671/00672 - carta_01 - INVALIDEZ

00020336





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 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 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

100953894 23

Nome completo da vítima

Imacildo Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Imacildo Pereira	100953894 23	aprendiz
Endereço	Número	Complemento
Rua Manoel Gustavo Neto	47	
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Pernambuco	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
imacildo.pereira@cepmont.com.br	58398000	8333341219

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

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA
- ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
- ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
- ☐ 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)

AGÊNCIA

Nº.

D/V

CONTA

Nº.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº.

AGÊNCIA

Nº.

D/V

CONTA

Nº.

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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. Grand, 17 de Agosto de 2013

Local e Data

Imacildo Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/, - Catole - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 000473/18

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000473/18 registrada em 08/08/2018, que passo a transcrever na íntegra: Aos oito dias do mês de agosto do ano de 2018, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:10 horas, compareceu o Sr. JOSINALDO PEREIRA, com 39 anos de idade, filho de JOSÉ PEREIRA FILHO e LUZINETE GOMES PEREIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de REMÍGIO - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão, portador da Cédula de Identidade Nº 2.361.099, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 10095389423, residindo à rua MANOEL GURITA NETO, 47, bairro CENTRO, na cidade de REMÍGIO - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 19h34min dia 15.04.2018, estava trafegando pela Rua Manoel Rodrigues, área central de Esperança, conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ESD, ano/modelo 2014/2014, cor preta, chassi nº 9C2KD0540ER081257, de placa QFC-1790/PB, licenciado em nome de Jefferson Felipe da Silva Balbino, quando no cruzamento com a Rua José de andrade foi surpreendido por um veículo de marca, placase outras características não identificadas, inclusive o condutor, que evadiu-se do local, o qual invadiu o sinal vermelho e colidiu na motocicleta que era ocupada pelo comunicante, que foi jogado ao solo, sofrendo escoriações diversas e fratura no seu membro inferior direito, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais Militares do BPTran, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de Acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa luminosidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou Fé.

Campina Grande, Quarta-feira, 8 de Agosto de 2018

JOSINALDO PEREIRA

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



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

Samuel Pereira

CPF da Vítima

10095389423

Data do Acidente

15/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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

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.

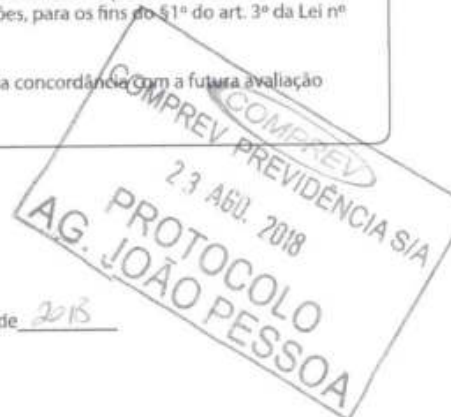
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

C. Grande 17 de *Agosto* de 2018
Local e Data

Samuel Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017






Prefeitura Municipal de Esperança
Secretaria de Saúde
Base Descentralizada do Serviço Móvel de Urgência

Em 18 de Maio de 2018.

Declaração

Declaramos para os devidos fins de direito que o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) ESPERANÇA-PB, foi solicitado para realizar atendimento pré-hospitalar a **JOSINALDO PEREIRA**, vítima de acidente Motociclistico, no dia 15/04/2018, na rua Manoel Rodrigues, município de Esperança/PB, as 19h34min. Encaminhado para o Hospital de Trauma de Campina Grande.




Jarina Danielly Brandao Borborema
Coordenadora da Rede de Urgência



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/09/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSINALDO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000000023568-0

Nr. da Autenticação 5294883D4569DE21



TAMARA ANDRADE SOARES
 RUA DINAMERICA CORREIA, 1020 / LQJA 02 - DINAMERICA
 CAMPINA GRANDE / PB CEP: 56400000 (AG 401)
 Emissão: 25/07/2018 Referência: Jul / 2018
 Classe/Status: COMERCIAL / COMERCIAL MORADESA-8858-Alça Substitui- Trânsito- Campina Grande / PB- CEP: 56400-700
 Roteiro: 14-401-754-1992 Nº medidor: 00038081834

Energisa

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ 03.056.596/0001-65 Insc. Est. 16.032.039-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001.501.103
 Cód. para Débito Automático: 00002510013

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RANI
Jul / 2018	25/07/2018	24/08/2018	983.369.944-2 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 4/251501-3

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
25/06/18	1119	25/07/18	1218	1	97	30

Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade Tarifada	Valor Base Cda. Atual (R\$)	Valor Base Cda. Anterior (R\$)	Variação (R\$)	Variação (%)
Tabela Tarifada (R\$) (CNDP) (R\$)						
0001	Consumo em kWh	97,000 0,720000	88,84	88,84	0,00	0,00
0001	Adic. B. Vermeida	7,00	7,00	7,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA		0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 05/2018		0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 05/2018		0,00	0,00	0,00	0,00
0006	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 05/2018		0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do item: TOTAL 88,84 78,84 10,00 78,84 0,00 0,00

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
50	16/08/2018	R\$ 92,03

Histórico de Consumo (kWh)

6 | 10 | 15 | 0 | 48 | 12 | 0 | 43 | 79 | 133 | 127 | 120
 Jul/17 | Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Mai/18 | Jun/18

RESERVADO AO FISCO 1a9c.58e4.bcd3.dd97.45d2.2e3e.0401.599a.

Indicadores de Qualidade				Discriminação			Valor (R\$)	%
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)					
OT MENSAL	10,21	0,00	NORMAL	220	Serviços de At. de Energia Elétrica		14,87	16,33
OT TRIMESTRAL	10,22				Compra de Energia		28,92	31,22
OT ANUAL	21,26				Serviço de Transmissão		3,56	3,87
OT MENSAL	3,28	0,00	CONTRATAÇÃO	200	Precatório Saneamento		8,30	8,94
OT TRIMESTRAL	8,75		LIMITES INFERIORES	221	Impostos, Taxas e Encargos		39,79	43,14
OT ANUAL	19,45		LIMITES SUPERIORES		Outros Serviços		0,00	0,00
OT MENSAL	2,00	0,00			Total		92,03	100,00
OT TRIMESTRAL	12,22				Valor em Euro (Ref. 5/2018) R\$ 29,34			

ATENÇÃO

Leitura confirmada

Faturas em anexo

BORBOREMA

Roteiro: 14-401-754-1992
 Matrícula: 251501-2018-03-6

VENCIMENTO 16/08/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 92,03

63670000000-0 92030147000-0 02515012018-3 07800401019-1



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



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 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 Inácio Bruno Somente inscrito (a) no CPF 036.781.814, 06
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sinvaldo Pereira inscrito
(a) no CPF sob o Nº 133.953.894/23, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Sinvaldo Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.953.894/23, 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 Dinâmica Alto Amara</u>		Número <u>130</u>	Complemento <u>lota 02</u>
Bairro <u>Dinâmica</u>	Cidade <u>Campina Grande</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58400-000</u>
Email <u>inaciobrunoedv@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>8333741284</u>	Telefone celular (DDD) <u>83999885048</u>

C. Grande, 17 de Agosto de 2018
Local e Data

Inácio Bruno Somente
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jefferson Felipe da Silva Ballina,
RG nº 3830103, data de expedição 09/02/2010,
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 01435584452, com
domicílio na cidade de Remigio, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Avenida Simão Canavieira, nº 32,
complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jonivaldo Pereira, cujo o condutor era
Jonivaldo Pereira.
Veículo: motocicleta
Modelo: Honda/NXR150 Bros ESD 2014
Ano: 2014
Placa: QFC 1790/PB
Chassi: 9C2KPD540ER081254
Data do Acidente: 15/04/2018
Local e Data: Remigio PB 23/07/2018

Jefferson Felipe da Silva Ballina
Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REMÍGIO
R. P. da Silva, 137 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remigio - PB
ESCREVENTES:
☐ Maria do Socorro Barbosa Fernandes
☒ Mécia Maria Serafim dos Santos
☐ Maria Selma da Silva

Reconheço com AUTENTICAÇÃO(S) a(s) firma(s) de Jefferson Felipe da Silva Ballina
Conforme cartão de autógrafa de arquivos neste cartório: M. Serafim dos Santos
Dou fé Remigio, 23/07/2018 ESCREVENTE

"SELO DIGITAL" A4A99804-E4V3
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



15/04/2018

HTCG-Plano Administrativo



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

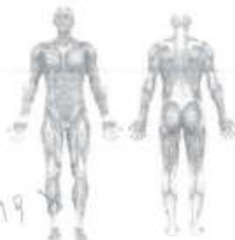


ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1635650 CLASS. DE RISCO: VERMELHO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 15/04/2018
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Patrícia Maria Gonçalves
PACIENTE: JOSINALDO PEREIRA CEP: 58135000 Nascimento: 15/04/1983
Endereço: RUA 07 DE SETEMBRO Sexo: M Telefone:
Cidade: Esperança Idade: 33 Bairro: CENTRO
Nome da Mãe: RG: Nº: 0
Responsável: CPF: Profissão:
Estado Civil: Data de Nascimento: 15/04/2018 CNS: 21548297
Motivo: ACIDENTE DE CARRO Atendi: 15/04/2018 CONVÊNIO: SUS
Médico: Hora: 20:46:58 Especialidade:
CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

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



OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = 1% Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: Platano

http://10.1.1.148/projetohcg/ingressouurgencia.php?cont=1635650

EXAME PRIMÁRIO - GAGOS

Vento: vento forte, A. de 100 km/h, B. de 100 km/h, C. de 100 km/h, D. de 100 km/h, E. de 100 km/h, F. de 100 km/h, G. de 100 km/h, H. de 100 km/h, I. de 100 km/h, J. de 100 km/h, K. de 100 km/h, L. de 100 km/h, M. de 100 km/h, N. de 100 km/h, O. de 100 km/h, P. de 100 km/h, Q. de 100 km/h, R. de 100 km/h, S. de 100 km/h, T. de 100 km/h, U. de 100 km/h, V. de 100 km/h, W. de 100 km/h, X. de 100 km/h, Y. de 100 km/h, Z. de 100 km/h.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS: 3: f2 Dron + T. l. t. d

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Esféricas () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sx102

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia
() Gasometria arterial () Radiografias
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia / 1 As: 1 Dia: 1Especialista: 1 / 1 As: 1 Dia: 1

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	<u>ST 0.9: 1000, 0.9</u>	<u>20:55</u>
2		
3	<u>Intubação orotraqueal</u>	<u>21:00</u>
4	<u>Ala torácica fechada</u>	<u>21:00</u>
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Tereza Rosa Gomes
CRM 20.000

1/2





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Jornalino Pereira		
End:	R. 07 de Setembro		Bairro:
Data de Nascimento:	39 anos	Documento de Identificação:	
Queixa:	sc de	Data do Atend.: 15-04-18	Hora: 20:42 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim (X) Não		

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fúria de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

- (X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

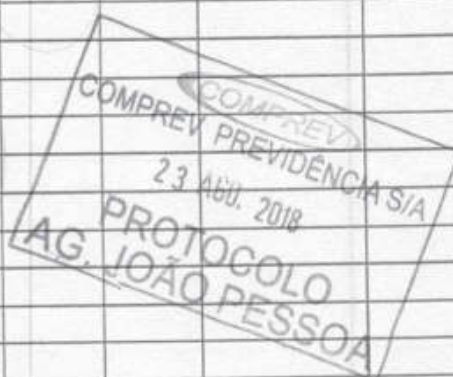


**MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA**Rastreamento
8875Hospital: _____ Código: _____
Procedimento: _____ Cód. Procedimento: _____Paciente: _____
Data da Cirurgia: ____/____/____ Nº prontuário: 1635650 Convênio: _____
Cirurgião: _____ Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta**DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS**

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Parafuso Cortical 4.5 mm			
01	Parafuso Cortical 4.5 mm			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº	30	40	50			
	Qtd.	02	01	01			
	Cód.						
Parafuso Cortical () mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						



OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDASCondições de Pagamento: _____
Faturar N.F para: _____
Cód. do consultor: _____ Total: _____
Cód. Instrumentador: _____

Anotações do Médico

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE						HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMAGEM		LEITO		Nº PRONTUÁRIO		
HUECG														
FOLHA DE ANESTESIA								NOME		IDADE		SEXO		COR
JOSÉ ALDO PEREIRA								39		M		P		
DATA		PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA		PESO		ALTURA			
20/04/08		140/90		82					80 kg					
TIPO SANGÜÍNEO		HEMACIAS		HEMOGLOBINA		HEMATÓCRITO		GLICEMIA		UREIA		OUTROS		
		URINA												
AP. RESPIRATÓRIO								ASMA		BRONQUITE				
AP. CIRCULATORIO								ELETROCARDIOGRAMA						
AP. DIGESTIVO				DENTES		PESCOÇO		AR. URRINÁRIO						
ESTADO MENTAL				ATAVISMOS		CORTICOIDES		ALERGIA		HIPOTENSORES				
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO								ESTADO FISICO		RISCO				
ANESTESIAS ANTERIORES														
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA						APLICADA		AB		EFEITO				
AGENTES ANESTÉSICOS												INDUÇÃO		
												Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____		
												Laringo. espasmo: _____ Lenia: _____		
												Náuseas: _____ Vômitos: _____		
												Outros: _____		
LÍQUIDOS												MANUTENÇÃO		
												Infusão de NaCl 0.9% 2p		
												Infusão de Propofol 2p		
												Injeção de Rocuronio 2mg		
												Temperatura 36.5°C		
												Oximetria 95%		
												Hb 13g		
CÓDIGOS												ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____		
VP - ARTERIAL; O - PULSO; G - RESPIRAÇÃO;												Não, por quê? _____		
AX - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO												DESPERTAR		
												Reflexos no SO: _____		
												Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____		
												Náuseas: _____ Vômitos: _____		
												Outros: _____		
SIMBOLOS E ANOTAÇÕES												Paro o Leito Sim _____ Não _____		
												CONDIÇÕES:		
POSICÃO														
AGENTES														
TÉCNICA												CANULAS		
OPERAÇÃO														
CIRURGIÕES														
ANESTESISTAS														
OBSERVAÇÕES														
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E POS-OPERATÓRIAS.												PERDA SANGÜÍNEA		
FOLHA DE ANESTESIA - SRPB														

NACD 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 14:37:56

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111114375531900000034876766>

Número do documento: 20111114375531900000034876766

Num. 36533717 - Pág. 14



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

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Data da Operação		Enf.	Leito
Operador		1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar		Instrumentador
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Descrição das DCP, das mesmas.
- 2) Anestesia + desinfecção + abertura da parede abdominal
- 3) Sutura da parede abdominal com linha (P) + drenagem por plasma + drenagem, tipo soro negro + soro de leite
- 4) Realização + colocação de F+ com plasma DCP dentro do F+ + 6 pontos de sutura, sob tensão
- 5) drenagem de F+ com SF + drenagem por plasma
- 6) Curativos

Dr. Ederlan Almeida
Médico
CRM 10.900

COMPREV
23 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Paciente: <i>Georgina de Barros</i>	Idade: <i>35 anos</i>
Convênio:	Data: <i>22/04/18</i>
Procedimento: <i>Exatante de Tala D.</i>	
Cirurgião: <i>Dr. João Paulo</i>	Auxiliar:
	Anestesista: <i>Dr. Patrício</i>
Início:	Término:
	Anestesia: <i>Propofol + Sólido</i>
	<i>IFU</i>

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MOD. 10





TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		



Assinatura do anestesista



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Jonivaldo Pereira</u>		DN: <u>25/09/83</u>		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE <u>Sala 0</u>	CONVÊNIO <u>915</u>	IDADE <u>35</u>	REGISTRO <u>1635 650</u>	SECRETARIA DE SAÚDE
CIRURGIA <u>Osteotomia de Tábua D.</u>		CIRURGIÃO <u>Dr. João Paulo</u>		Ene <u>21/04/18</u> / 02	
ANESTESIA <u>Racina + Sulfamida</u>		ANESTESIA <u>Dr. Patrícia</u>		Lui <u>Processado em 27/04/18</u> / 02	
INSTRUMENTADORA <u>Ferni + Fúrio</u>		DATA <u>23/04/18</u>	INÍCIO <u>08:00</u>	FIM <u>09:45</u>	10-11
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIQS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sertix	3/15/18 / 16
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	3/15/18 / 16
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	3/15/18 / 16
01	Dimofe amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	3/15/18 / 16
	Doladina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	3/15/18 / 16
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	3/15/18 / 16
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	3/15/18 / 16
01	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	3/15/18 / 16
01	Inova ml. <u>indoloxim</u>	Dreno Pezzer nº		Ethibond	3/15/18 / 16
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	3/15/18 / 16
	Mercaina <u>placa</u> % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	3/15/18 / 16
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	3/15/18 / 16
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	3/15/18 / 16
	Protigmine amp.	Esparradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulupak	3/15/18 / 16
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sulupak	3/15/18 / 16
	Quelcin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	3/15/18 / 16
	Rapifen amp.	H ₂ O ₂ ml	04	Mononylon	3/15/18 / 16
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	3/15/18 / 16
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	3/15/18 / 16
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23-20		Prolene Sertix	3/15/18 / 16
02	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	3/15/18 / 16
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	3/15/18 / 16
02	Dipirona amp.	Luvas 7.0	01	Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Geramicina amp.	Luvas 8.5		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Glicose amp.	Oxigênio l/m		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Glucos de Cálcio amp.	Poliflix		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Heparema ml	PVPI Tópico ml		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Kanaktion amp.	Sabão Antisséptico		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Lasix amp.	Saco coletor		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Medrolinazol.	Seringa desc. 10 ml		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Revivan amp.	Sonda		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Stuption amp.	Sonda Foley		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
02	Gefalotina 1g <u>Effluotina</u>	Sonda Nasogátrica		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
01	<u>novachol</u>	Sonda Uretral nº		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
02	<u>Thiexilum</u>	Steridrem ml		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
01	<u>Oniprazol</u>	Torneirinha		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Aguilha desc. 25 x 7	Geicon 18		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Aguilha desc. 28 x 28	Latege		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Aguilha desc. 3 x 4,5	<u>Buriedos</u>		Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
01	Aguilha p/ raque nº 26			Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
05	Alcool de Enfermagem <u>70%</u>			Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Alcool Iodado ml			Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
02	Ataduras de Crepon <u>20cm</u>			Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Ataduras de Gessada			Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Azul metileno amp.			Vicryl Sertix	3/15/18 / 16
	Benzina ml			Vicryl Sertix	3/15/18 / 16

COMPREV PREVIDÊNCIA

23 ABR. 2018

Qtd. PROTOCOLO SOROS
AG 1000 PESSOA

Qtd. ORTESE E PRÓTESE

Qtd. EQUIPAMENTOS

Qtd. EQUIPAMENTOS

Qtd. EQUIPAMENTOS

Qtd. EQUIPAMENTOS

Qtd. EQUIPAMENTOS

Nome do Paciente <i>Isadora da Pereira</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. João Pessôa</i>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura de Tibia</i>			
Tipo de Operação <i>artroscopia</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato <i>S/M</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO 23 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto - Iscra

- 1) *Artroscopia*
- 2) *Artroscopia*
- 3) *Artroscopia*
- 4) *Artroscopia*
- 5) *Artroscopia*
- 6) *Artroscopia*
- 7) *Artroscopia*
- 8) *Artroscopia*
- 9) *Artroscopia*
- 10) *Artroscopia*
- 11) *Artroscopia*
- 12) *Artroscopia*

Dr. João Paulo Oliveira Nunes
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PR 9551

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		2
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		2
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
TOTAL DE PONTOS:		10

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>Jonaldes Pereira</i>	Idade: <i>33 anos</i>
Convênio: <i>SUS</i>	Data: <i>19/04/18</i>
Procedimento: <i>Teste de energia e fixação de fratura de tíbia</i>	
Cirurgião: <i>Dr. Fábio</i>	Auxiliar: <i>UR: Dr. Eulene</i>
Anestesista: <i>Dr. Humberto</i>	
Início: <i>14:00</i>	Término: <i>15:00</i>
Anestesia: <i>Rápid</i>	

[illegible][illegible]

Observações:

Paciente consciente e orientado, mobilizando voluntariamente membros superiores. Alta de 25 EPS

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

Assinatura Anestesista

Circuante

Relatório de Operação

50313-1413



of

Dr. Schabert-Cornin
Ottawa, Ontario
K1P 6H6
Tel: 552-5525



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

QI

LEITE

CONVÊNIO

IDADE

REGISTRO

CIRURGIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

CIRURGIÃO

ANESTESIA

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.

MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Qtd.

FIOS

CÓDIGO

Adrenalina amp.

Atropina amp.

Dazepan amp.

Demore amp.

Dolantina amp.

Efrane ml

Fenogam amp.

Fentanil ml

Inova ml

Ketalar ml

Mercaina % ml

Nubain amp.

Pavulon amp.

Protigmine amp.

Protóxido Vm

Quelcin ml

Rapifen amp.

Thionembatal ml

Tracrium amp.

Bolsa Colostoma

Calel. p/ Oxi.

Calel. De Urinar Sist. Fech.

Compressa Grande

Compressa Pequena

Cotonóide

Dreno

Dreno Kerr n°

Dreno Penrose n°

Dreno Pezzer n°

Equipo de Macrogotas

Equipo de Macrogotas

Equipo de Sangue

Equipo de PVC

Esparadrapo Larco cm

Furacim ml

Gase Pacote c/ 10 unidades

H₂O ml

Intracath Adulto

Intracath Infantil

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

Lâmina de Bisturi n° 23

Lâmina de Bisturi n° 11

Lâmina de Bisturi n° 15

Luvas 7.0

Luvas 7.5

Luvas 8.0

Luvas 8.5

Oxigênio Vm

Poliflix

PVPI Degemante ml

PVPI Tópico ml.

Sabão Antisséptico

Saco coletor

Seringa desc. 10 ml

Seringa desc. 20 ml

Seringa desc. 05 ml

Sonda

Sonda foiley

Sonda Nasogátrica

Sonda Uretral n°

Sterydrem ml

Torneirinha

Vaselina ml

Gelcon 18

Látex

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

Qtd.

MEDICAÇÕES

Qtd.

SOROS

Água Destilada amp.

Decadron amp.

Dipirone amp.

Flaxidol amp.

Flebocortid amp.

Geramicina amp.

Glicose amp.

Glucon de Cálcio amp.

Haemacel ml.

Heparema ml.

Kanakion amp.

Lasix amp.

Medrothinazol.

Prasol amp.

Prolamina

Revivan amp.

Stuotanion amp.

Cefalotina 1g

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

Qtd.

MATERIAIS / SOLUÇÕES

Qtd.

ORTESE E PRÓTESE

Agulha desc. 25 x 7

Agulha desc. 28 x 28

Agulha desc. 3 x 4,5

Agulha p/ raque n°

Alcool de Enfermagem

Alcool Iodado ml

Ataduras de Crepon

Ataduras de Gessada

Azul metileno amp.

Benzina ml

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

01

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 ABL 2018

PROTOCOLO EQUIPAMENTOS

AG. JOAO PESSOA

() Oxímetro de Pulso

() Serra

() Desfibrilador

() Foco Frontal

() Fonte de Luz

() Foco Auxiliar

() Eletrocautério

() Oxícapnógrafo

() Cardiomonitor

() Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

João Pessoa



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Simão da Penha</u>			IDADE	SEXO: <u>M</u>	COR
19-04-18	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
	TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO		
ANESTESIAS ANTERIORES					RISCO		
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTE ANESTÉSICO							indução Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espasmo: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ MANUTENÇÃO
LÍQUIDOS							ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____
CÓDIGOS VP. ARTERIAL DO PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO							DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obst.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____ Com cânula: _____ Paro o Leito: Sim _____ Não _____ CONDIÇÕES: _____
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	23 ABR. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA						
POSICÃO							
AGENTES							
TÉCNICA							
OPERAÇÃO							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA	
						FOLHA DE ANESTESIA - SRPS	

L-09 098



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 14:37:56

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011114375531900000034876766

Número do documento: 2011114375531900000034876766

Num. 36533717 - Pág. 25

Dr. Soliman Costa



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
Amarello, Raimundo	9	3	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20.04	1) Dado bom 2) Sinais vitais em 24h 3) Apneia 40 seg VO 6/6 h 4) Tensão arterial 100/70 + 100/80 5h 30m, 10h 30m 5) Saturações 97% + 98% 10h 30m 6) Clímax 40 seg SC 10h 30m 7) Fim de noite 8) SSVU + CCRG	10h 30m 11h 30m 12h 30m 13h 30m 14h 30m 15h 30m 16h 30m 17h 30m 18h 30m 19h 30m 20h 30m 21h 30m 22h 30m 23h 30m 00h 30m 01h 30m 02h 30m 03h 30m 04h 30m 05h 30m 06h 30m 07h 30m 08h 30m 09h 30m 10h 30m 11h 30m 12h 30m 13h 30m 14h 30m 15h 30m 16h 30m 17h 30m 18h 30m 19h 30m 20h 30m 21h 30m 22h 30m 23h 30m 00h 30m 01h 30m 02h 30m 03h 30m 04h 30m 05h 30m 06h 30m 07h 30m 08h 30m 09h 30m 10h 30m 11h 30m 12h 30m 13h 30m 14h 30m 15h 30m 16h 30m 17h 30m 18h 30m 19h 30m 20h 30m 21h 30m 22h 30m 23h 30m 00h 30m 01h 30m 02h 30m 03h 30m 04h 30m 05h 30m 06h 30m 07h 30m 08h 30m 09h 30m 10h 30m 11h 30m 12h 30m 13h 30m 14h 30m 15h 30m 16h 30m 17h 30m 18h 30m 19h 30m 20h 30m 21h 30m 22h 30m 23h 30m 00h 30m 01h 30m 02h 30m 03h 30m 04h 30m 05h 30m 06h 30m 07h 30m 08h 30m 09h 30m 10h 30m 11h 30m 12h 30m 13h 30m 14h 30m 15h 30m 16h 30m 17h 30m 18h 30m 19h 30m 20h 30m 21h 30m 22h 30m 23h 30m 00h 30m 01h 30m 02h 30m 03h 30m 04h 30m 05h 30m 06h 30m 07h 30m 08h 30m 09h 30m 10h 30m 11h 30m 12h 30m 13h 30m 14h 30m 15h 30m 16h 30m 17h 30m 18h 30m 19h 30m 20h 30m 21h 30m 22h 30m 23h 30m 00h 30m 01h 30m 02h 30m 03h 30m 04h 30m 05h 30m 06h 30m 07h 30m 08h 30m 09h 30m 10h 30m 11h 30m 12h 30m 13h 30m 14h 30m 15h 30m 16h 30m 17h 30m 18h 30m 19h 30m 20h 30m 21h 30m 22h 30m 23h 30m 00h 30m 01h 30m 02h 30m 03h 30m 04h 30m 05h 30m 06h 30m 07h 30m 08h 30m 09h 30m 10h 30m 11h 30m 12h 30m 13h 30m 14h 30m 15h 30m 16h 30m 17h 30m 18h 30m 19h 30m 20h 30m 21h 30m 22h 30m 23h 30m 00h 30m 01h 30m 02h 30m 03h 30m 04h 30m 05h 30m 06h 30m 07h 30m 08h 30m 09h 30m 10h 30m 11h 30m 12h 30m 13h 30m 14h 30m 15h 30m 16h 30m 17h 30m 18h 30m 19h 30m 20h 30m 21h 30m 22h 30m 23h 30m 00h 30m 01h 30m 02h 30m 03h 30m 04h 30m 05h 30m 06h 30m 07h 30m 08h 30m 09h 30m 10h 30m 11h 30m 12h 30m 13h 30m 14h 30m 15h 30m 16h 30m 17h 30m 18h 30m 19h 30m 20h 30m 21h 30m 22h 30m 23h 30m 00h 30m 01h 30m 02h 30m 03h 30m 04h 30m 05h 30m 06h 30m 07h 30m 08h 30m 09h 30m 10h 30m 11h 30m 12h 30m 13h 30m 14h 30m 15h 30m 16h 30m 17h 30m 18h 30m 19h 30m 20h 30m 21h 30m 22h 30m 23h 30m 00h 30m 01h 30m 02h 30m 03h 30m 04h 30m 05h 30m 06h 30m 07h 30m 08h 30m 09h 30m 10h 30m 11h 30m 12h 30m 13h 30m 14h 30m 15h 30m 16h 30m 17h 30m 18h 30m 19h 30m 20h 30m 21h 30m 22h 30m 23h 30m 00h 30m 01h 30m 02h 30m 03h 30m 04h 30m 05h 30m 06h 30m 07h 30m 08h 30m 09h 30m 10h 30m 11h 30m 12h 30m 13h 30m 14h 30m 15h 30m 16h 30m 17h 30m 18h 30m 19h 30m 20h 30m 21h 30m 22h 30m 23h 30m 00h 30m 01h 30m 02h 30m 03h 30m 04h 30m 05h 30m 06h 30m 07h 30m 08h 30m 09h 30m 10	

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



Diagnóstico

Flächen des Raums ⑤

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento	Leito	Convênio
José Carlos Pereira	9	3	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
21.04	Dada Zine após os 23hs SAR Oral EV em 24hs Quinidina 3g EV + ADD 6/6hs Inibidor 100mg + 100ml S.O.T. EV 8/Rm Glicoxone 1 + ADD EV em 12/12hs Friso misturado SS/V + L.L.G.A.	M T N	E.C.D., Espinalmente, sem intercorrências Cef = V.P.M.

[illegible]

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



Diagnóstico

Lesão de Tórax

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente:	João Pessoa	Alojamento:	4	Leito:	3	Convênio:	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica				
1	DIETA LIVRE		ORTOPEDIA - BH				
2	DIPIRONA 500 MG 1 CP VO 5/6H		BEG - estavel				
3	DICLOFENACO 50MG 1 CP VO 12/24H		sem intercorrências				
4	TYLEN 30MG 1 CP VO 6/6H SE DOR INTENSA						
5	OMETHAZOL 20MG 1 CP VO 12/24H						
6	SSVV + CCGD		# CD - VIDA				
7	8/12/2018 - 100 (transp)						
8	9/12/2018 - 100 (transp)						
9	3/12/2018 - 100 (transp)						

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



Diagnóstico

ORTOP
LUNAR

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

Convênio	
----------	--

Paciente	gabriel fernando
----------	------------------

ALA ORTOPÉDICA

Leito

Convênio	
----------	--

Evolução LEITO 9-3

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução
9.09.18	1 DIETA LIVRE 2 XELO SALINIZADO SAL ISO - E N 278 3 DIPYRONA 1g VO 6/6H 4 OMEPRAZOL 20mg VO JEJUM 5 CURATIVO EN ODA 6 FIO-MOTORA 7 SSVVCCGG 8 CLEXANE 400mg SC 1X/DIA 9 Glicose 1g + ADJ IV 12/128 10. Troca de 100g r 100g SP02 1V 8/85	CTE 200 Sec 800 24 OG OG ATT ATT	LEITO 9-3 #ORTOPEDIA DIR: 4. DOI Bom dia, paciente em tratamento cirúrgico ortopédico, em recuperação em 1/18 Bom dia, paciente

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 AGU. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DATE: 11/11/2014
 11/11/2014

ALA ORTOPEDICA

PRE OP

Leito

Convênio


Paciente	Prescrição Médica	Horário	Evolução
18.04	1 DIETA LIVRE 2 JELO SALINIZADO 3 DIMISONA 1g VO 6/8h 4 OMEPRAZOL 20mg VO JEJUM 5 CURATIVO 1X DIA 6 FISIOTERAPIA 7 SSVV+CCGG 8 CLEXANE 40MG SC 1X DIA	12:00 18:00 18:00	ORTOPEDIA DIH: 12:00 18:00 18:00

8425-97

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



Data da internação: 15/04/2018 Hora: 21:38:35

 SUS Sistema Único de Saúde Ministério da 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 JOSINALDO PEREIRA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1635667
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO 15/04/1983	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DE TELEFONE 83
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA 07 DE SETEMBRO, 0, CENTRO		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Esperança	14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250600	15 - UF PB
		16 - CEP 58135000

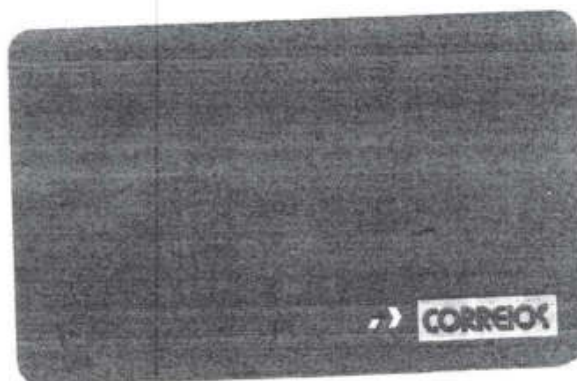
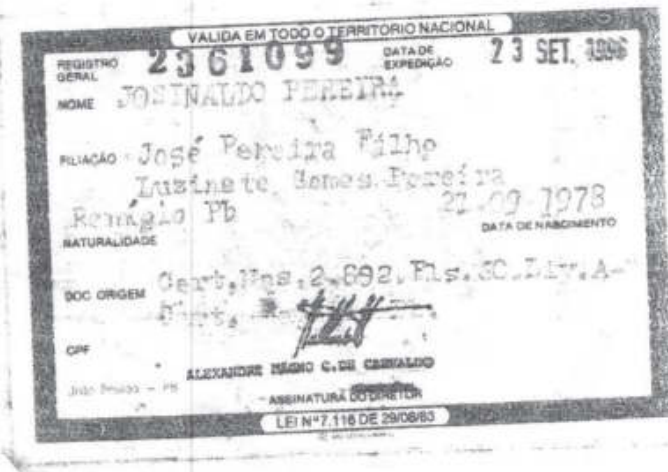
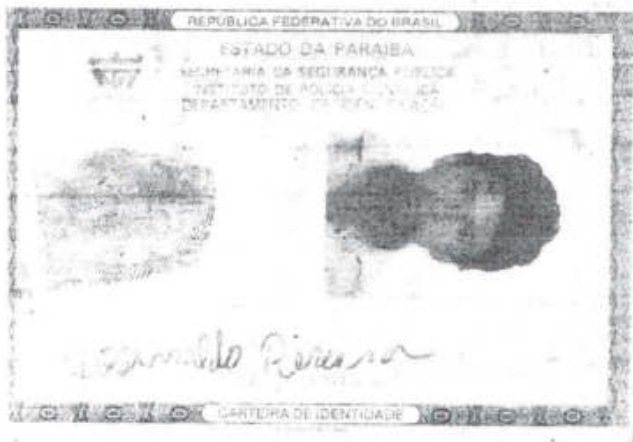
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Na e de Jamizlorch Perna Dupla</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>1 To CIA</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame Físico</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Exame físico</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA 02	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016278218009
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 15/04/2018	

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 - SÉRIE		
	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 - DOCUMENTO () CNS () CPF 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	


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



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro Fone: 3311-6036
CNPJ: 09.369.745/0001-76
Belo Horizonte, 22 de Maio de 2016
Certifico e por fé que a presente cópia estatística
é a reprodução fiel do original que me foi enviado
Campina Grande 220617

Dr. Pedro Oliveira de Lucena
Fagundes



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		12768720
UNIO DEMOCRATICA CENTRALIDADE CUIABÁ TODOS OS FINS LEGAIS (Art. 15, 46 Lei nº 5.869/61)		
	ASSINATURA DO PORTADOR <i>Genivaldo Soares</i>	OBSERVAÇÕES
		

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO REGIONAL DA PALHAIA
IDENTIDADE DE ADVOGADO *

INACIO BRUNO SARMENTO

NOME

FILIAÇÃO

MARIA AUXILIADORA SARMENTO

ENDEREÇO

OLMO D'ÁGUUA-PI

CÓDIGO DE ENDEREÇO

2171933 - B.P.M.

DATA DE MATRÍCULA

24/06/1978

CPF

038.781.814-06


DATA DE EMISSÃO

02 23/03/2017

PABLO ANTONIO MARI & SILVA
PRESIDENTE

150

2472



COMPREV PREVIDENCIA S/A
23 AGO. 2013
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180392907 **Cidade:** Esperança **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSINALDO PEREIRA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE IM+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180392907 **Cidade:** Esperança **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSINALDO PEREIRA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE IM+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180392907 **Cidade:** Esperança **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSINALDO PEREIRA **Data do acidente:** 15/04/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE IM+PARAFUSO) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITA.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Seimoldo Pereira brasileiro(a),
estado civil casado, profissão Agrônomo, inscrito
no CPF de nº. 100 / 95 / 894 / 23, e no RG de nº 2361099, residente
e Domiciliado a Rua: Joanael Gustavo Neto, nº 47,
Bairro Centro, na Cidade de Remigio /
Estado Pernambuco, CEP 58398000.

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF de Nº. 036.781.814-06, RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, escritório localizado na Av. Dinamerica Alves Correia, 1020, loja 02, Dinamerica, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Seimoldo Pereira, ocorrido em 15 / 04 / 2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande/PB, em 15 de Agosto de 2018

Seimoldo Pereira
Outorgante

MA POR AUTENTICIDADE



CARTÓRIO DE ÚNICO OFÍCIO DE REMÍGIO

Rua José Leal, 135 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remigio - PB

ESCRIVENTES

- ☐ Maria do Socorro Barbosa Fernandes
- ☐ Mércia Maria Serafim dos Santos
- ☐ Maria Selma da Silva

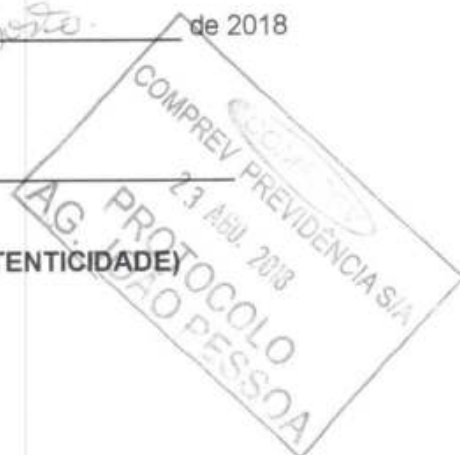
Reconheço com AUTÊNTICA(S) a(s) firma(s) de Seimoldo Pereira

Conforme cartão de autógrafa de arquivos neste cartório. Mª Serafim dos Santos

Dou fé Remigio, 15 / 08 / 2018 Seimoldo Pereira **ESCRIVENTE**

SELO DIGITAL 24104803-EPGG

valte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE REMÍGIO/PB

Processo: 08003936420188150551

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 subcreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSINALDO PEREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Cumprindo ainda informa Exa., que a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta correta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa, ao contrário do exposto na peça de bloqueio, que por um lapso constou um valor divergente.

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

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente** na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSINALDO PEREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000000023568-0

Nr. da Autenticação 5294883D4569DE21

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

REMÍGIO, 9 de novembro 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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 14:37:57
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111114375651200000034876767>
Número do documento: 20111114375651200000034876767