



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
<b>JOSINALDO PEREIRA (AUTOR)</b>	<b>INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36533 716	11/11/2020 14:37	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
36533 717	11/11/2020 14:37	<a href="#"><u>2585400_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
36533 718	11/11/2020 14:37	<a href="#"><u>2585400_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 14:37:55  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111114375404600000034876765>  
Número do documento: 20111114375404600000034876765

Num. 36533716 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOSINALDO PEREIRA**

Nº Sinistro: **3180392907**  
Vitima: **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





## 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

10095389423

Nome completo da vítima

Sérgio Lacerda Pereira

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Sérgio Lacerda Pereira	10095389423	Consultor
Endereço	Número	Complemento
Rua Nelson Gouveia Nito	47	
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Remaio	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
macio.bruno@outlook.com	58300800	8333341279

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL 104

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1663	<input type="text"/>	23568	<input type="text"/>

(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.

Sérgio Lacerda Pereira  
Local e Data

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 N° 000473/18

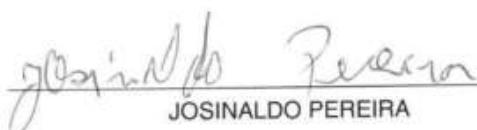
**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

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 N° 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 N° 2.361.099, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de N° 10095389423, residindo à rua MANOEL GURITA NETO, 47, bairro CENTRO, na cidade de REMÍGIO - PB.

**Declarou que:**

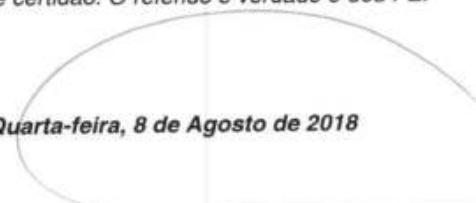
Informa o comunicante, que por volta das 19h34min dia 15.04.2018, estava trafegando pela Rua Manoel Rodrigues, área central de Esperança, conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ESD, ano/modelo 2014/2014, cor preta, chassi n° 9C2KD0540ER081257, de placa QFC-1790/PB, licenciado em nome de Jefferson Felipe da Silva Balbino, quando no cruzamento com a Rua José de Andrade foi surpreendido por um veículo de marca, placasse 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

JOSINALDO PEREIRA

Declarante

  
José Alberto do Nascimento

Escrivão





## 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 *Somaldo Pereira* CPF da Vítima *40095389423* 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. Gondi* . 17 de *Agosto* de *2015*  
Local e Data

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

*Somaldo 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



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. 6

LUZINETE GOMES PERERA  
RUA MANOEL GURITA NETO, 47 - CENTRO  
REMG01 PE CEP: 52390200 (AG. 111)  
Emissão: 14/06/2018 Referência: Jun/2018  
Casa/Residencial, RESIDENCIAL, RESIDENCIAL, Morador  
Rotação: T-73 260-3822 12 meses: 0000448755

DIÉRCIA FARIAS - DIRETÓRIO/GERAL/ENERGISA  
Av. Rio Branco, 26 - Centro - 58010-000 - João Pessoa - PB - CEP 58010-000  
CNPJ: 08.855.101/0001-48 - INSC. FIS. 0001-02-11  
Notificação: Conta de Energia Elétrica Mês: 06/2018  
Céd. para DB: Automatizar: 00006174263

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jun / 2018	14/06/2018	16/07/2018	99627892491

UC (Unidade Consumidora):

Canal de contato:

5/617435-3

Anterior	Data	Litura	Atual	Data	Litura	Constante	Consumo	Dias	Demonstrativo		
									1	51	30
16/05/18		6405	14/06/18		6406						
0001	0001										
0001	Consumo em kWh		51.500,070080		38,00	38,00	38,00	1,00	0,00	0,00	1,00
0001	Adic. B. Amanhã		0,00		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	Adic. B. Vermeia		1,71		1,71	1,71	1,71	0,00	1,71	0,00	0,00
0007	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS		5,44		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0007	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA										

CCO: Código de Classificação do Item - TOTAL: 42,59 38,15 9,53 38,15 3,34 1,00

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO 21/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 43,59

41

Histórico de Consumo (kWh)

49	44	40	46	42	51	30	48	34	52	33
Jan/17	Jan/17	Apr/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18

RESUMO ANUAL 7784,3505,9655,9bd3,5414,787e,838a,3c6e.

Indicadores de Qualidade		
Limites do ANEEL	Apurado	Límite de Referência (%)
00 MENSAL	8,17	2,65
00 *TRIMESTRAL	12,54	
00 ANUAL	25,10	
00 *TRIMESTRAL	25,10	
FC MENSAL	8,24	1,00
FC TRIMESTRAL	10,70	1,00
FC ANUAL	13,70	2,25
EMG	3,21	
DGR	3,21	

Componente do Consumo	Valor (R\$)	%
Benefícios da Zona de Bem-Estar (R\$)	0,00	0,00
Compre de Energia	0,00	0,00
Serviço de Transmissão	0,00	0,00
Encargos Sistêmicos	18,09	41,40%
Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	43,59	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

COMPREV PREVIDÊNCIAS SA  
23 AGO. 2018  
PROTÓCOLO  
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 SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

<sup>2</sup> 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 Morelio Bruno Serrantez inscrito (a) no CPF 036.781.814-106,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josinaldo Pereira inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 132.953.894-023, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima  
Josinaldo Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 100.953.894-023, 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 à Seguradora Lider-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 Dimônio Alves Amaro,	Número	100	Complemento	100a 02
Bairro	Dimônio	Cidade	PP	Estado	CEP 58400-000
Email	morelio.bruno.silva@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	8333701234	Telefone celular (DDD)	83999885048

C. Serrantez, n de Ago de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jefferson Felipe da Silva Bolíano,  
RG nº 3830103, data de expedição 09/02/2010  
Órgão SSPFB, portador do CPF nº 01435584452, com  
domicílio na cidade de Remígio, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Presidente Simão Carneiro, 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 Josinaldo Pereira, cujo o condutor era  
Josinaldo Pereira.

Veículo: meio cicleta  
Modelo: Honda/NXR 150 Bros ESD 2014

Ano: 2014

Placa: QFC 1790/188

Chassi: 9C2KDD540ER081257

Data do Acidente: 15/04/2018

Local e Data: Remígio PB 23/07/2018

Jefferson Felipe da Silva Bolíano

Assinatura do Declarante

Josinaldo Pereira

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



### CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REMÍGIO

Rua 25 de Março, 237 - Centro - Fone: 3364.1235 - Remígio - PB

ESCREVENTES:  Maria do Socorro Barbosa Fernandes

Mércia Maria Serafim dos Santos

Maria Selma da Silva

Reconheço com AUTENTICO(A)S a(s) firma(s) de:

Jefferson Felipe da Silva Bolíano

Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste cartório: M<sup>o</sup> Serafim dos Santos

Dou fé Remígio, 23/07/2018 ESCREVENTE

"SELO DIGITAL" AH499804-E4V31

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







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

T.I.V. 9822-1521

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Jornelito Ferreira	
End:	R. 07 de Setembro	Bairro:
Data de Nascimento:	34 anos	Documento de Identificação:
Queixa:	xa	Data do Atend.: 15-04-18 Hora: 20:42 Documento:
Acidente de trabalho?	( ) Sim	(✓) Não

### Classificação de Risco

Nível de consciência: ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto: ( ) Calmo (✓) Fáceis 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

(✓) 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**  
**8875**

Hospital: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Procedimento: \_\_\_\_\_ Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_

**Paciente:** \_\_\_\_\_

Data da Cirurgia: 1/3/18 Nº prontuário: 18116 Convênio:

Reposição  Caixa Pronta

## DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº	30	50					
	Qtd.	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.							

OBRIGATÓRIO: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

**Condições de Pagamento:**

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Cód. Instrumentador:

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



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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES 11/11/2020 14:57:58  
<http://pie.tibb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111114375531900000034876766>

Número do documento: 20111114375531900000034876766

Num. 36533717 - Pág. 13

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO		
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		Nome: <i>João Pedro Pereira</i>			IDADE: <i>37</i>	SEXO: <i>M</i>	COR: <i>PD</i>		
DATA: <i>22/04/18</i>	PRESA ARTERIAL: <i>140/80</i>	PULSO: <i>82</i>	RESPIRAÇÃO: <i>16</i>	TEMPERATURA: <i>37,2</i>	PESO: <i>80kg</i>	ALTURA: <i>175</i>			
TIPO SANGUÍNEO:	HEMÁCIA	HEMOGLÓBINA:	HEMATOCRITO:	GLICEMIA:	UREIA:	OUTROS:			
	URINA:								
AP RESPIRATÓRIO: <i>Breves em surtos sibilantes</i>					ASMA: <i>Não</i> BRONQUITE: <i>Não</i>				
AP CIRCULATÓRIO: <i>Normalmente rítmico</i>					ELETROCARDIOGRAMA:				
AP DIGESTIVO: <i>Normal</i>		DENTES: <i>Boa</i>	PESCUÇO: <i>Normal</i>	AP URINÁRIO:					
ESTADO MENTAL: <i>Consciente e orientado</i>		ATÁRAXICOS:	CORTICOIDES:	ALERGIA:		HIPOTENSORES:			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>Fractura de T12 e L1</i>					ESTADO FÍSICO:		RISCO:		
ANESTESIAS ANTERIORES: <i>S/ antecedentes</i>									
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: <i>N/A</i>		APLICADA: <i>N/A</i>		AB: <i>N/A</i>	EFETO: <i>N/A</i>				
AGENTES ANESTÉSICOS: <i>Oxígeno</i>						INSCRIÇÃO			
						Satisf.: <i>Não</i>	Excit.: <i>Não</i>	Tosse: <i>Não</i>	Laringo. espasmo: <i>Não</i>
LÍQUIDOS: <i>500 ml de suco de laranja</i>						Náuseas: <i>Não</i>	Vômitos: <i>Não</i>		
						Outros: <i>Não</i>	MANUTENÇÃO		
ODÔNGOS: <i>Normal</i>						Sofrimento: <i>Não</i>			
						Sufocação: <i>Não</i>	Aspiração: <i>Não</i>	Obstrução: <i>Não</i>	Desconforto: <i>Não</i>
VP ARTERIAL: 0 - PULSO: 0 - RESPIRAÇÃO AX: ANESTÉSIA: 0 - GIGRACAO: <i>Normal</i>						Respiração: <i>Não</i>	Cardiopatia: <i>Não</i>	Obstr.: <i>Não</i>	
						Obstr.: <i>Não</i>	Cardiopatia: <i>Não</i>	Obstr.: <i>Não</i>	Obstr.: <i>Não</i>
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: <i>Normalmente rítmico</i>						Náuseas: <i>Não</i>	Vômitos: <i>Não</i>		
						Outros: <i>Não</i>	ANESTESIA SATISF.: Sim: <i>Não</i>		
POSIÇÃO: <i>Decúbito dorsal</i>						Náuseas: <i>Não</i>			
						Náuseas: <i>Não</i>			
AGENTES: <i>Oxigênio e suco de laranja</i>						Náuseas: <i>Não</i>			
						Náuseas: <i>Não</i>			
TÉCNICA: <i>Ressecção com sonda de 20 mm de diâmetro</i>						Náuseas: <i>Não</i>			
						Náuseas: <i>Não</i>			
OPERAÇÃO: <i>Ressecção com sonda de 20 mm de diâmetro</i>						Náuseas: <i>Não</i>			
						Náuseas: <i>Não</i>			
CIRURGIÕES: <i>Dr. João Puelo - JPF</i>						Náuseas: <i>Não</i>			
						Náuseas: <i>Não</i>			
ANESTESESTAS: <i>Dr. Patrícia Moreira</i>						Náuseas: <i>Não</i>			
						Náuseas: <i>Não</i>			
OBSERVAÇÕES: <i>T: 37,2 P: 82 R: 16</i>						Náuseas: <i>Não</i>			
						Náuseas: <i>Não</i>			
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS:						PERDA SANGUÍNEA:			

MOD. 569

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente		Nº Prontuário
Joaquim Pereira		
Data da Operação	Enf.	Leito
Operador Dr. Joaquim Pereira	1º Auxiliar	
2º Auxiliar Dr. Joaquim Pereira	3º Auxiliar	Instrumentador Dr. Joaquim Pereira
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		

## DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

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

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Eduardo Reiva</u>	Idade: <u>35 anos</u>
Convênio:	Data: <u>21/04/18</u>
Procedimento: <u>Obstetrice de Tela D.</u>	
Cirurgião: <u>Dr. José Paulo</u>	Auxiliar:
	Anestesista: <u>Dr. Patrício</u>
Inicio:	Término:
	Anestesia <u>Rescal + Gárgula</u> <u>IFU</u>

### Observações:

Assinatura Anestesista

Circulante

*Relatório de Operação*

MAP 303





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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 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 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		

  
Assinatura do anestesista

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: *José Antônio de Paula* DN: 15/09/183  
 AI: *Sala 0* LEITE: *Sala 0* CONVÉNIO: *SUS* IDADE: *33* REGISTRO: *1635 650*

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRET 5/05/18 105  
 Validade: 21/05/18 105  
 Eme: 21/04/18 102  
 Lui: 21/04/18 102  
 Autocancel  
 Operador: 10-1

CIRURGIA: *Desossarctese de tibia e fibula* CIRURGÃO: *José Antônio de Paula*  
 ANESTESIA: *Propofol + Sufato de Rádio* ANESTESIA: *José Antônio de Paula*  
 INSTRUMENTADORA: *José Antônio de Paula* DATA: *22/04/18* INICIO: *08:00* FIM: *09:45*

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
01	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxo		Catgut cromado Sertix	3/05/18 116
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
01	Dimeta amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Doladina amp.	Cotonolide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	13-32 11
	Fenegam amp	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	7/04/18 10
01	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	21/04/18 10
	Mercalina ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Espasradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca	
	Rapifén amp.	H <sub>2</sub> O ml	04	Mononylon	21/04/18 10
	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	02	Lâmina de Bisturi nº 23-20	Prolene Serfix	30 8/5/17/5
02	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	5/05/18 105
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
02	Diprona amp.	Luvas 7.0	02	Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	21/04/18 10
	Flébocortid amp.	Luvas 8.0	03	Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5		Vicryl Serfix	
	Glicose amp	Oxigênio l/m		COMPREV PREVIDÊNCIA STA	
	Glucos de Cálcio amp.	Povidolix		23 ABU. 2018	
	Haemacel ml	PVPI Degemante ml	Qtd.	PROTÓCOLO	
	Heparema ml	PVPI Tópico ml		PESSOA	
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico			
	Lasix amp.	Saco coletor			
	Medrolinazol.	Seringa desc. 10 ml			
	Piasil amp	Seringa desc. 20 ml	03	SOROS	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	02	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda	02	SG Gelat fr 500 ml	
	Stuphanon amp.	Sonda Foley	02	SG Hipertérmico fr 500 ml	
02	Gefalotina 1g eufusina	Sonda Nasogástrica	02	SG Riogr fr 500 ml	
01	Propofol	Sonda Uretral n°	02	SG fr 500 ml	
02	Tricresic	Steridrem ml	02	SGF 09/11/18	
01	Onxiprural	Torneirinha	03	ORTSE E PRÓTESE	
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaseline ml	02	Fio de vicryl 3.0	
	Agulha desc. 25 x 7	Gelcon 18	01	AP276 T Bial 09/340	
	Agulha desc. 28 x 28	02	(Piso longante)		
	Agulha desc. 3 x 4,5	05	03	04	
01	Agulha p/ râque nº 26	Latesse	01	02	
05	Alcool de Enfermagem	05	01	01	
	Alcool Iodado ml	Burndado	01	01	
02	Ataduras de Crepon	00m	01	01	
	Ataduras de Gessada		01	01	
	Azul metílico amp.		01	01	
	Benzina ml		01	01	

EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
- Foco Auxiliar
- Serra
- Eletrocautério
- Desfibrilador
- Oxicapionato
- Foco Frontal
- Cardiômetro
- Fonte de Luz
- Foco de Endoscópio Elétrico

Adriano Pereira  
Técnico de Enfermagem 326

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 066



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

Nome do Paciente	Nº Prontuário	
<i>Silva Odile Ferreira</i>		
Data da Operação	Enf.	Leito
Operador	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	<i>Fractura de T12 L1 osteoporose vertebral</i>	
Tipo de Operação		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato	<i>6/13</i>	
Acidente Durante a Operação	<i>Não</i>	

  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO 23 AGO. 2018**

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

**PROTÓCOLO**

**AG. JOÃO PESSOA**

- 1) Acesso Tática
- 2) Anestesia + Anticoagulante
- 3) Campos de operação
- 4) Let. n.º da placa D 02 + Pneu
- 5) Reduções momento de fixação
- 6) Descolamento da fixação após redução
- 7) Suspensão Pneu do lado
- 8) Passagem da Hasta Intercostal
- 9) 90x30
- 10) Soco quebra Fixador e óstio
- 11) Soco
- 12) Soco
- 13) Soco

Dr. João Paulo Oliveira Nunes  
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9551

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**

Mod. 018



Rua Guadalupe, 43 - Guadalupe - Olinda-PE  
CEP: 53.020-230 | E-mail: tmcirurgica@hotmail.com  
Fones: 3431.4960 | 3076.0422 | 99452.1153

38 Via Cilento / 28 Via Empressa / 38 Via Elisa

N° 4406

#### PERÍODO DE FATHURAMENTO

**PEDIDO DE FALAN  
AGUIF DO HOSPITAL**

## HOSPITAL DE TRAJMA

20040

TEL / FAX / E-MAIL

ONE DOCTORATE

JOSINANDO PEREIRA

NE DO BRONTI JÁRÍ

1441

### CÓDIGO PROCEDIMENTO

## CONVÊNIO

3635 6 30

PROCEDIMENTO REALIZADO

www.elsevier.com/locate/actamat

DATA DA UTILIZAÇÃO  
19.06.2018

**DATA DA COMUNICAÇÃO**

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DR. AMARAL JORGE

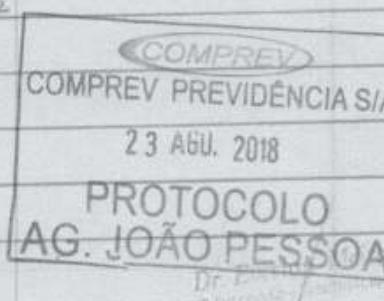
卷之三

## LINE SAMPLES 1076

C-22296 4.5 N: 81

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

2020





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

<i>Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico</i>	<i>Hora entrada</i>	<i>Hora saída</i>
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		2
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 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 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		2
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		2
<b>TOTAL DE PONTOS:</b>		10

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Edvaldo Pereira	Idade:	35 anos
Convênio:	Sus	Data:	11/04/18
Procedimento:	Tat. simple e fixação de Fratura de Tíbia		
Cirurgião:	Dr. Fabio	Auxiliar:	DR. Eraldo
		Anestesista:	Guilherme
Inicio:	14:00	Término:	15:00
		Anestesia:	Bafus

Observações:	<p>Pele esverdeada e seca, com eritema, mordedura de velineana muito 354 mm m m. Sua gengiva forte das EBD</p> <p></p> <p>Assinatura Anestesista 1553</p>
 <p><b>COMPREV</b> <b>PREVIDÊNCIA S/A</b></p> <p>23 ABR. 2018</p> <p><b>PROTÓCOLO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b></p> <p>Circulante</p>	

Assinatura Anestesista

## Circulante

MEMO 103



## POLÍA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Apelido	Alojamento:	Leito	Convênio	Atendendo
Data	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica
11/09	1.Dieta <i>lata</i> 2.SRL 1500ml EV/24h 3.Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4.Tilitil 20mg + AD EV 12/12h 5.Omeprazol 40mg EV/jejum 6.Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7.Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8.Clexane 40mg SC/dia 9.SSVV + CCGG	10/09 11/09 12/09 13/09 14/09 15/09 16/09 17/09 18/09 19/09			<i>Abdome doloroso</i> <i>estômico</i> <i>10/09</i>



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: *Josinaldo Pereira* DO 15-04-83  
 QI LEITE CONVÉNIO SUS IDADE 35 REGISTRO 7633650

CIRURGIA *Trot. curv. cl. 2. IX.* CIRURGÃO *Dr. J. F. de Oliveira*  
*de Luton*

ANESTESIA *de Wanda de Freitas*

INSTRUMENTADORA *Ribeira* DATA 10-04-18 INICIO 14:00 FIM 15:00

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalinha amp.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catgut cromado Sertix	
10	Diazepam amp.		Catgut cromado Sertix	
	Demore amp.		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Catgut Simples Sertix	
	Fenogam amp.		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Cera p/ osso	
	Inova ml		Ethibond	
	Ketalar ml		Ethibond	
	Mercalina % ml		Ethibond	
	Nubatin amp.		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Fio de Algodão Sertix	
15	Protigmine amp.		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido Vm		Fio de Algodão Sutupak	
05	Quelicin ml		Fila cardíaca	
	Rapifen amp.	02	Mononylon	
	Thionembutal ml		Mononylon	
	Tracrium amp.		Prolene Serfix	
	MEDICAÇÕES		Prolene Serfix	
	Agua Destilada amp.		Prolene Serfix	
	Decadron amp.		Prolene Serfix	
	Dipirona amp.	07	Prolene Serfix	
	Flaxidol amp.	09	Vicryl Serfix	
	Flêbocortid amp.	01	Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Vicryl Serfix	
	Glicose amp.		Vicryl Serfix	
	Glucon de Cálcio amp.			
	Haemacel ml			
	Heparema ml			
	Kanaklon amp.			
	Lesix amp.			
	Medrotinazol.	02		
	Piasil amp	01		
	Prolamina			
	Revivan amp.			
	Stuptanon amp.			
	Cefalotina 1g			
	MATERIAIS / SOLUÇÕES			
	Aguilha desc. 25 x 7	01		
	Aguilha desc. 28 x 28			
	Aguilha desc. 3 x 4,5			
	Aguilha p/ raqua n°			
	Alcool de Enfermagem			
	Alcool Iodado ml			
	Ataduras de Crepon			
	Ataduras de Gessada			
	Azul metílico amp.			
	Benzina ml			
Qtd.		Qtd.	SOROS	
		01	SG Normotérmico fr 500 ml	
			SG Gelado fr 500 ml	
			SG Hipertérmico fr 500 ml	
		02	SG Ring fr 500 ml	
			SG fr 500 ml	
Qtd.			ORTSESE E PROTESE	
			COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
			23 ABR. 2018	
Qtd.			PROTOCOLO	
	EQUIPAMENTOS		AG. JOÃO PESSOA	
	<input type="checkbox"/> Oximetro de Pulso		<input checked="" type="checkbox"/> Foco Auxiliar	
	<input type="checkbox"/> Serra		<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério	
	<input type="checkbox"/> Desfibrilador		<input type="checkbox"/> Oxicapiógrafo	
	<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal		<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor	
	<input type="checkbox"/> Fonte de Luz		<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico	
CIRCULANTE RESPONSÁVEL				

MOD 966

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESFOLHA DE  
ANESTESIA

NOME

Josinaldo Pereira

ENFERMARIA

LEITO

Nº PRONTUÁRIO

IDADE

SEXO

COR

13-04-18	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIA	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS
	URINA					
					ASMA	BRONQUITE
AP. RESPIRATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA	
AP. CIRCULATÓRIO						
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO		AP. URINÁRIO	
ESTADO MENTAL		ATARÁXICOS	CORTICOIDES		ALERGIA	HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA		APLICADA	AS	EFEITO		

AGENTE ANESTÉSICOS	O <sup>2</sup>	INDUÇÃO		
		Satisf.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____
LÍQUIDOS		Laringo espasmo: _____ Lenta: _____		
		Náuseas: _____	Vômitos: _____	Outros: _____
MANUTENÇÃO				
CÓDIGOS VP. ARTEF. O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTÉSIA: O - OPERAÇÃO	260 240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20	ANESTESIA SATISF.: Sim _____ Não _____		
		Não, por quê? _____		
DESPERTAR				
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	23 ABR. 2018	Reflexos na SO: _____		
		Obstr.: _____	CO <sub>2</sub> : _____	Excit.: _____
POSIÇÃO	PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA	Náuseas: _____ Vômitos: _____		
		Outros: _____	Com cânula: _____	
AGENTES	23 ABR. 2018	Paro o Leito Sim _____ Não _____		
		CÂNULAS	CONDIÇÕES: _____	
TÉCNICA	23 ABR. 2018	_____		
		_____	_____	
OPERAÇÃO	23 ABR. 2018	_____		
		_____	_____	
CIRURGIÕES	23 ABR. 2018	_____		
		_____	_____	
ANESTESESTAS	23 ABR. 2018	_____		
		_____	_____	
OBSERVAÇÕES	23 ABR. 2018	_____		
		_____	_____	

ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E  
POS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGUÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA - SRP6

LNU 0.066



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. 25

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

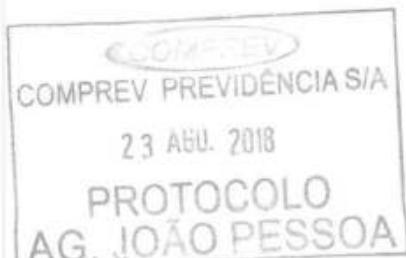




GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 14:37:56  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111114375531900000034876766>  
Número do documento: 20111114375531900000034876766

Num. 36533717 - Pág. 27



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

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

10000-475



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 14:37:56  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111114375531900000034876766>  
Número do documento: 20111114375531900000034876766

Núm. 36533717 - Pág. 28





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

## Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO		PRE OP	Leito	Convenio
Paciente	ALTA ORTOPÉDICA	Agendado		
DATA	Prescrição Médica	Horário	Evolução <b>LEITO 9-3</b>	
19.09.18	1 DIETA LIVRE <i>2x500g/dia</i> 2 JELCO SALINIZADO <i>SAL 1500 mL d/w 24h</i> 3 DIPIRONA <i>1000mg qd</i> 4 OMEPRAZOL <i>20mg VO/jejum</i> 5 CURATIVO <i>EN DIA</i> 6 FISSO MOTORIA 7 MMV+CCG 8 CLEXANE 100mg SC 2x/dia <b>SUSPENSO</b> 9 Ceftriaxone 1g + ABD IV 12/12h <i>2g</i> 10 <i>Trof. olhoq + 10ml S70901IV 8/85</i>	<i>CTE</i> <i>500 500 500</i> <i>24 OG</i> <i>OG</i> <i>ATT</i> <i>ATT</i> <i>SC 1xP/dia</i> <i>Q. 2. 3. Excretar</i>	<b>ORTOPEDIAN</b> <i>DIH: 6</i> PDI <i>Tem sede automática e já está bem</i> <i>OMEPRAZOL: antacida, não antiacida</i> <i>SC 1xP/dia</i> <i>Q. 2. 3. Excretar</i>	



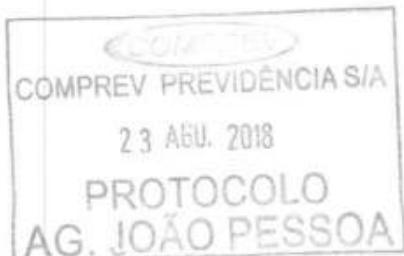


SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

#### **FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

ORTOPÍ  
LETTRE 39.3

## Diagnóstico



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 14:37:56  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011111437553190000034876766>  
Número do documento: 2011111437553190000034876766

Num. 36533717 - Pág. 31

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 LUIZ GONZAGA FERNANDES**

2 - CNES

**2362856**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

4 - CNES

**2362856**

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE  
**JOSINALDO PEREIRA**

6 - N° DO PRONTUÁRIO

**1635667**

7 - CARTÃO DO SUS

8 - DATA DE NASCIMENTO

**15/04/1983**

9 - SEXO

Mas

Fem

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO  
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)  
**RUA 07 DE SETEMBRO , 0 , CENTRO**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
**Esperança**

14 - CÓDIGO MUNICÍPIO  
**250600**

15 - UF

**PB**

16 - CEP  
**58135000**

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Na e de Domingos  
a Perne Dispens*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*110 C1A*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS

*Exame Físico*

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

36 - CLÍNICA 37 - CARATER DA INTERNAÇÃO 38 - DOCUMENTO  
**02** (X) CNS ( ) CPF

39 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

**980016278218009**

40 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
**JOAO PAULO OLIVEIRA NUNES**

41 - DATA DA SOLICITAÇÃO

**15/04/2018**

42 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

43 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)  
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO  
36 - CNPJ DA SEGURADORA  
37 - N° 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 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)  
*COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
23 AGU. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA*





SELLO DIGITAL: AF144766-TDJS  
Consultar autenticidade em <http://tjpb.tjpb.jus.br>

CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS  
Rua Marquês do Herval, 83 - Centro Fone: 3311-0035  
CNPJ: 09.339.745/0001-76

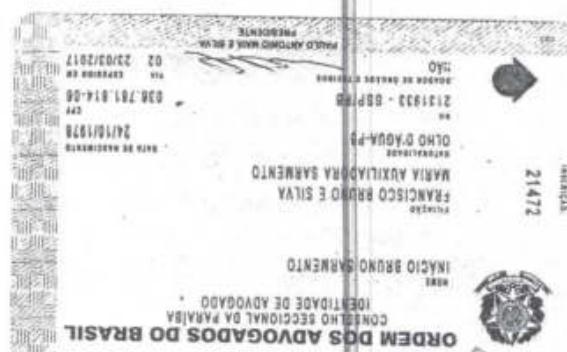
De: Pedro Oliveira de Lucena

Certifico o original desse instrumento, cópia fotostática  
é a Reprodução do instrumento que me foi exibido  
Campina Grande

28/06/17

De: Pedro Oliveira de Lucena  
Fazellão

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720



21472

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA

DELEGAÇÃO DE ADVOCACIA

INACIÓIS RODRIGO SANTOS



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. 34

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

Núm. 36533717 - Pág. 35

## 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

**CRM:** 533427

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



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. 36

## 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

### 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Josinaldo Correia, brasileiro(a),  
estado civil casado, profissão Artesão, inscrito  
no CPF de nº 100.19581.890-123, e no RG de nº 236.1099, residente  
e Domiciliado a Rua: Thomaz Guita Neto, nº 47,  
Bairro Centro, na Cidade de Remígio /  
Estado Paraíba, 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) Josinaldo Correia, ocorrido em 15/10/2018, 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

Outorgante

(MA POR AUTENTICIDADE)



CARTÓRIO DE ÚNICO OFÍCIO DE REMÍGIO  
Rua José Leal, 137 Centro - Fone: 3364.1235 - Remígio - PB

ESCREVENTES:  Maria do Socorro Barbosa Fernandes  
 Mércia Maria Serafim dos Santos  
 Maria Selma da Silva

Reconheço com AUTÉNTICA(S) a(s) firma(s) de Josinaldo Correia

Conforme cartão de autógrafo de arquivos neste cartório, M<sup>o</sup> Serafim dos Santos  
Dou fé Remígio, 15/10/2018 Mercia Maria Serafim dos Santos

ESCREVENTE: Suelio Moreira Torres

SELO DIGITAL: 4H104X03-EAGG

Visite 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 subscreve, 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.

Cumpre ainda informar 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.

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=201111143756512000000348767676>  
Número do documento: 20111114375651200000034876767

Num. 36533718 - Pág. 1

# 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 14:37:57  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201111143756512000000348767676>  
Número do documento: 20111114375651200000034876767

Num. 36533718 - Pág. 2

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

Num. 36533718 - Pág. 3