



Número: **0843391-62.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/08/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO (AUTOR)		ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
15735360	03/08/2018 12:45	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
15735396	03/08/2018 12:45	<a href="#">adm antonio guilherme lucio docs</a>	Documento de Comprovação
15735400	03/08/2018 12:45	<a href="#">adm antonio guilherme lucio prot adm</a>	Documento de Comprovação
15768657	06/08/2018 16:49	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
20563003	15/04/2019 14:49	<a href="#">Mandado</a>	Mandado
20563010	15/04/2019 14:49	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
20563687	15/04/2019 15:02	<a href="#">Certidão</a>	Certidão
20680342	22/04/2019 12:45	<a href="#">Diligência</a>	Diligência
20680385	22/04/2019 12:45	<a href="#">Bradesco Seguros</a>	Devolução de Mandado

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_ª VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.

Justiça Gratuita

**ANTONIO GUILHERME LÚCIO DOS SANTOS**, inscrito no CPF sob o nº 753.586.544-53, representado por SÉRGIO DA SILVA SANTOS, residente e domiciliado no Rua Elias Cavalcanti de Albuquerque, 330, Cristo, CEP: 58070-400, João Pessoa – Paraíba, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

**AÇÃO JUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)**

**EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE**



em face da **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

## **PRELIMINARMENTE**

### **Do Benefício da Gratuidade Processual**

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

## **DOS FATOS**

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em **01.04.2017**, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

**Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).**

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

-



A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS NO ART. 5º DA LEI QUE REGE O PAGAMENTO PELO SEGURO DPVAT, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, COM ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

Diante desses fatos, resta à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito dela.

## **DO DIREITO**

### **1. DA LEGITIMIDADE ATIVA *AD CAUSAM***

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.



Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)

## 2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA *AD CAUSAM*

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

“Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRADESCO SEGUROS S/A**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:



CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA. AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação 2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado. 3. Rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva, tendo em vista que qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser acionada para pagar o valor da indenização de seguros. 4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso. 5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontroversa qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

### **3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO**

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.””(grifo nosso)



Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

*“A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei”*.(destaque nosso).

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na Corte do **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**. Vejamos:

**“STJ. SÚMULA 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização”.**

É inconteste, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

#### 4. DO VALOR



Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

‘Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;

II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso

de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como

reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica

e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25%





(vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilatado mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.

## 5. DA POSTULAÇÃO

**EX POSITIS**, requer a Vossa Excelência:

- a) ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b) ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais
- c) Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;
- d) Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista**.



Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 16 de julho de 2018.

***Fabio Carneiro Cunha Lima***

*Advogado – OAB/PB nº. 13.527*

***Ana Raquel de S. e S. Coutinho***

*Advogada – OAB-PB nº. 11.968*



## **Quesitos para a perícia:**

1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:

2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.

3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?

4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.

5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?

6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?

7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?

8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?

9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00317.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00317.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:56 horas do dia 21 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Antonio Guilherme Lucio dos Santos**, CPF nº 753.586.544-53, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Servente de Pedreiro, filho(a) de Maria das Neves de Sousa e Antonio Guilherme Lucio dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 25/10/1955 (62 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Elias Cavalcante de Albuquerque, Nº 630, complemento VILA SANTA CLARA, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Perto da Energisa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98666-8927.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Sítio Água Fria, Perto da Água Mineral, Mataraca/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 01/04/17 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

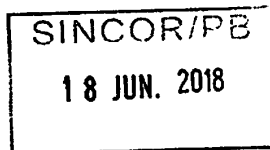
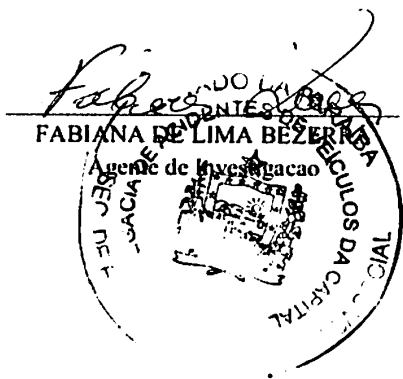
Que estava na garupa da MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 150 TITAN KS, PRATA, 2006/2006, PLACA MNN9207/PB, CHASSI 9C2KC08106R962517, registrada em nome de SERGIO DA SILVA DOS SANTOS e sendo conduzida por SÉRGIO DA SILVA DOS SANTOS (CPF. 091.692.004-67), quando ao fazer uma curva o condutor da moto colidiu na traseira de um CARRO NÃO IDENTIFICADO que estava parado na estrada; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 23.10.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, nesta capital, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 21 de fevereiro de 2018.



ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS  
Noticiante



CONFERIDO COM O ORIGINAL

Procedimento Policial: 00317.01.2018.1.00.420





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Antonio Guilherme Lucio dos Santos filho  
DATA DE NASCIMENTO 25/10/55  
NOME DA MÃE Maria das Neves de Sousa

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 101234  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 991239  
DATA DO ATENDIMENTO 01/04/17  
HORA DO ATENDIMENTO 21:11  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de fêmur esquerdo  
CID 10 S72.3

SINCOR/PB

18 JUN. 2018

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com trauma em coxa esquerda, dor em pelve e membro inferior esquerdo, deformidade em coxa esquerda, avaliado pela Cirurgia Geral, Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, bacia, ombro E, coxa E.

TC de crânio

CONFERIDO COM O ORIGINAL

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de fêmur esquerdo

### TRATAMENTO:

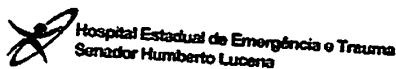
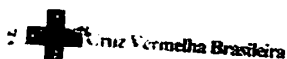
Tração esquelética transtibial (realizado em 02/04/17). Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur esquerdo (realizado em 08/05/17)

ALTA HOSPITALAR: 15/05/17  
DATA DA EMISSÃO: 23/10/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para. DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 991239



Identificação do paciente

ID		Nome		Sexo	
1156422		ANTONIO GUILHERME FILHO		Masculino	
Data de nascimento		Idade		Estado civil	
25/01/1956		81 anos 2 meses 7 dias			
Mãe		Religião		Prontuário	
MARIA DAS NEVES DE SOUZA					
Escolaridade		Pai		Responsável (Parentesco)	
		NÃO INFORMADO		O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel		Fone Móvel		DDD Fixo	
00		00000000			
Tipo documento		Número documento		Fone Fixo	
Local de procedência		Nº Cns		Tipo	
MATARACA				MUNICIPIO	
Erra		Naturalidade		UF	
		JOAO PESSOA		PB	
Endereço		CBOR			
CEP		Município de residência		Logradouro	
58070080		JOAO PESSOA		Bom Jesus	
Número		UF		Bairro	
SN		PB		Varjão	
Complemento					
Admissão		Número da pulseira		Convênio	
Data e Hora		1000006090219		SUS	
01/04/2017 21:11:09					
Especialidade		Clínica			
CIRURGIA GERAL					
Classificação de risco					
Caráter de atendimento		Motivo do atendimento		Origem do paciente	
		ACIDENTE DE MOTOCICLETA		RUA	
Indicadores e Transporte		Detalhe do acidente		QUEDA / OUTROS	
Caso policial		Plano de saúde		Veio de ambulância	
Não		Não		Não	
Meio de transporte		Quem transportou		Trauma	
SAMU				Não	
Sinais Vitais					
PA		Pulso		Temperatura	
X		mmHg			
Exames complementares					
Raio X [ ]		Sangue [ ]		TC [ ]	
Dados clínicos		Líquor [ ]		Ultrassom [ ]	
08/05		TEGMOGRAFA		02/04	
NS		TIPO ...			
PC		DATA ...			
FA		HORA ...			
		NOME TEC. RAD.			
		ASS.			
Diagnóstico		CID			
Atendido por		Tempo			
ANIELLY ARAUJO DOS SANTOS		25seg			

Imprimir





1000000000219 BE.: 991239  
ANTONIO GUILHERME FILHO  
DT. NASC.: 25/01/1956  
NOME: MARIA DAS NEVES DE SOUZA

END.: Rua Jesus  
N. 50 - Var. J. G.  
JORO PESSOA  
FONE: ( )  
CELULAR: (00) 00000000  
IDADE: 61  
DT. ENTRADA:

## AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

## B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DATA:

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento  
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros: \_\_\_\_\_

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Escoramento ☐ Laceração ☐ Queimadura  
☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros: \_\_\_\_\_

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros: \_\_\_\_\_

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: / /

### EXAME FÍSICO

PA: / mmHg

P: bpm

SpO2: %

Tac: \_\_\_\_\_

#### Sistema Neurológico:

Nível de Consciência:

☐ Consciente

☐ Inconsciente

☐ Orientado

☐ Desorientado

Avaliação das pupilas:

Simetria: ☐ Isocóricas

Tamanho: ☐ Midríase

☐ Miose

#### Sistema Respiratório:

☐ Ventilação invasiva

☐ Ventilação espontânea

☐ Vias aéreas pervias

☐ Traqueostomia

☐ Respiração rápida

☐ Obstrução parcial das vias aéreas

☐ Respiração ruidosa

☐ Suporte ventilatório não invasivo

☐ Obstrução total das vias aéreas

#### Sistema Circulatório:

☐ Pulso ausente

☐ Pele fria e úmida

☐ Perfusão tissular satisfatória

☐ Taquicardia

☐ Bradicardia

☐ Perfusão tissular comprometida

☐ Palidez

☐ Outros: \_\_\_\_\_

#### Sistema Digestório:

☐ EDA

☐ Uso de SNG

☐ Vômitos

☐ Dor à palpação superficial

☐ HCB

☐ Corpo estranho

☐ Dor à palpação profunda

Outros: \_\_\_\_\_

☐ Rigidez abdominal

☐ Distensão abdominal

#### Sistema Genito-urinário:

☐ Disúria

☐ Hematúria

☐ Oligúria

☐ Polúria

☐ SVD

☐ Outros: \_\_\_\_\_

### HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:

☐ Internações

☐ Outros: \_\_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_

☐ Hipertensão

☐ Diabetes

☐ Câncer

☐ Alergias

☐ Cirurgias

### USO DE MEDICAÇÃO?

☐ Sim

☐ Não

Especificar: \_\_\_\_\_

### HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

### IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?

☐ Sim

☐ Não

### OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

01/04/17 Paciente deu entrada neste setor vítima de acidente de moto. No momento em uso de colar cervical, sem alteração de nível de consciência.

DESTINO:

ENFERMEIRO:

COREM:

F(NG).ENF.022-1





01/06/18 - Cirurg. Geral 2018

- Paciente idoso evoluindo em acidente  
vascular cerebral em via auditiva esquerda, desorienta-  
do, comumente a segunda sempre no local.  
Viu seus pais, sem alt. em geral cerebral, mu+scr,  
d.g. + b. em HTD. Aoa. normal.

Suspeita de em pulso a MIE - manifestação Pulm. pulmonar,  
mas em dependência em caso (alt. de irrigação arterial?)

(D. S. l. c. TC de crânio e cervical

" Rx de tórax

" FAST

" Rx de pulso 2 mm

" Rx de pulm.

\* Tumor - 1 cm, + K. g. local EV

\* Atropina 1mg + S. A. B. local EV

Pacien de art. fed. .

21/30  
Dr. Alisson Carneiro Moreira  
MÉDICO  
CRM/CE 18.080  
10942



Nome do paciente

BE/PRONTUÁRIO

Antônio Guilherme

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
03/04/17	15:31	Psicologia Paciente evolui no momento cons- ciente, orientado, emocionalmente estável, interessado bem, memória preservada. Realizado apoio psico- lógico.
06/04/17	15:50	Psicologia Paciente evolui no momento cons- ciente, orientado, emocionalmente es- tável, memória preservada, inter- essado bem. Realizado apoio psi- cológico.
03.05.17	09:30	Psicologia Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, memória preservada, pensamento coerente. Realizado apoio e orientações ao paciente.

Luana Damasceno O. Mendes  
Psicóloga Clínica Hospitalar  
Especialista em Saúde Mental  
CRP 13/3249

Luana Damasceno O. Mendes  
Psicóloga Clínica Hospitalar  
Especialista em Saúde Mental  
CRP 13/3249

Luiz Gutierrez Teixeira  
PSICÓLOGO  
5023/13

FIM DO EXAME







Sistema Ministério  
Único de da  
Saúde Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE  
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha  
1/2

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Antônio Guilherme Filho

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - Nº DO PRONTUÁRIO

991239

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO GERAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE.

**38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO**

- CX 009/DCS USADO TM CIRURGICA  
- PLACA DE 18 Furos DCS  
- PARAF. CORTICAL Nº 32-01 / 34-01 / 36-01 / 38-01 / 48-1  
- PARAF. DEBILIZANTE Nº 75 + PNEU COMPRESSAO (NUVO)  
- PARAF. CILINDRO JOSO (ROSCA 32-01 / 34-01 / 36-01 / 38-01 / 48-1)  
- 02 Fio KIEWITZER Nº 20 (CAIA)

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

( ) CNS ( ) CPF

Dr. Luiz Portela  
Ortopedia-Traumatologia  
Cirurgia de Coluna Vertebral  
CRM-OR 66671/1185

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

( ) CNS ( ) CPF





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Antônio Guilherme Filho BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Tratamento de Fratura segmentar Pílole de Femur  
Cirurgião: Dr. Stephenson 1º Assistente: Dr. M. Vilmário  
2º Assistente: Dr. Portela 3º Assistente: Dr. Gustavo  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_:\_\_\_\_: Término \_\_\_\_:\_\_\_\_:

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
Fratura segmentar de Pílole de Femur	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Tratamento de Fratura segmentar de Pílole de Femur	

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

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

**Dr. Victor Linhares**  
Médico Residente Ortopedia  
CRM-PB 10894

João Pessoa

F(NG).ASCIR.009-1



**FICHA DE ANESTESIA**

PACIENTE: Antônio Guilherme Filho DATA: 08.05.17 PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

SESSÃO ARTERIAL: 115/80 PULSO: 101 RESPIRAÇÃO: 15 TEMPERATURA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ GRUPO SANGÜINEO: \_\_\_\_\_

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

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATÓRIO: Estável AP. CIRCULATÓRIO: Estável

AP. DIGESTIVO: 15 ESTADO MENTAL: Letargia DROGAS EM USO: \_\_\_\_\_

PRÉ-ANESTÉSICO: Dormonid 21g + Fentanil 7mcg DOSE/HORA: \_\_\_\_\_ ESTADO FÍSICO (ASA): \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIA REALIZADA: Traetamento cirurgico de Fratura de Fêmur

CIRURGIÃO: Stefferson AUXILIARES: \_\_\_\_\_

INÍCIO DA ANESTESIA: 14:20 TÉRMINO DA ANESTESIA: 18:10 DURAÇÃO DA ANESTESIA: \_\_\_\_\_

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: \_\_\_\_\_ QUANT. DE CH. \_\_\_\_\_ VALORES R\$: \_\_\_\_\_

ANESTESISTA: B. Virgílio CPF: \_\_\_\_\_ CRM-PB: \_\_\_\_\_

O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ N<sub>2</sub>O: \_\_\_\_\_

LÍQUIDOS VENOSOS: RL (SF) (RL) (CH) (SF) (RL)

ANESTESIA: ☒ GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS

TECNICA: Procuramos 12-14 Agulha Quincke 25G, CCRED de Infusão

LÍQUIDOS: \_\_\_\_\_

GLICOSE: \_\_\_\_\_

RAOL: \_\_\_\_\_

SANGUE: \_\_\_\_\_

ROGER: \_\_\_\_\_

TOTAL: \_\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE: ☒ APT\* ☒ ENFERMARIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	Neocaina 1% - 16g	11
2	Dormonid 21g	12
3	Fentanil 7mcg	13
4	Dexametasona 2g	14
5	Diprisona 2g	15
6		16
7		17
8		18
9		19
10		20

ASSINATURA DO ANESTESISTA: João Batista Virgílio CRM-PB 9057

INFORMAÇÃO: \_\_\_\_\_



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<p><b>Posição e Preparo:</b></p> <p>1 Antibiótico profilático</p> <p>2 DPH sob anestesia</p> <p>3 Aspirin e Antitrombóticos</p> <p>4 Compa Este</p> <p><b>Incisão:</b></p> <p>5 Incisão longitudinal</p> <p>6 Incisão por Placa</p> <p>7 Remoção cartilagem</p> <p><b>Achados:</b></p> <p>8 Ex. de Dólar da Fêmur esquerda - fragmento</p> <p><b>Conduta:</b></p> <p>9 Redução com fio, ole</p> <p>10 Controle Anestésico</p> <p>11 Fissão com Placa 18 Furos</p> <p>12 8 Parafusos corticais</p> <p>13 1 Parafuso Espiral</p> <p>14 Revisão de Hemostase</p> <p>15 Limpeza com SF 0,9%</p> <p>16 Colocação de Drenagem</p> <p><b>Fechamento:</b></p> <p>17 Sutura por Placa</p> <p>18 Curativos estéticos</p> <p><b>Observação:</b></p>

Médico/CRM:

Dr. J. L. Linhares  
Médico Residente Ortopedia  
CRM-PB 10894

João Pessoa, 08/05/17

F(NG).ASCIR.009-1





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha  
1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANTONIO G. SILVA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

091239

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE, MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31-QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34-QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37-QTDE

## 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

A Fio < N: 4,0 (24)

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

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

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

( ) CNS ( ) CPF

Dr. MEDIC  
CRM 8184 RM  
CRM 10894 PB

## AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

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

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

( ) CNS ( ) CPF





**SUS**Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL**

fls. 1/2

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

3 - NOME DO PACIENTE

4 - N° DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

5 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc. ☐Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

DDD

10 - TELEFONE DE CONTATO

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

**PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)**

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

**JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)**

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

40 - OBSERVAÇÕES

**SOLICITAÇÃO**

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

43 - DOCUMENTO

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

Dr. Alisson Cordeiro Moreira  
MÉDICO  
CRM-CE: 18.080**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)**

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES





## RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Antonio Guilherme F. da Silva - BE/Prontuário: \_\_\_\_\_  
Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ☒ Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_  
Cirurgia: Troca Transilial  
Cirurgião: Dr. Teodoro 1º Assistente: Dr. Victor MR1  
2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_  
Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_  
Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_ Término \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fx. Diáfise de Fêmur</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Troca Transilial</u>	
<u>Transilial</u>	

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

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ☒ Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( ☒ ) Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, 02/04/17

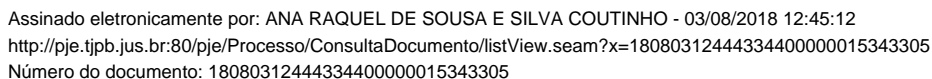
F(NG).ASCIR.009-I





2/

( ) SERA  
CIRCULANTE  
16/18/07 12:50  
49718 (ING. ASSER. 021-)



### Nota de Sala Cirúrgica

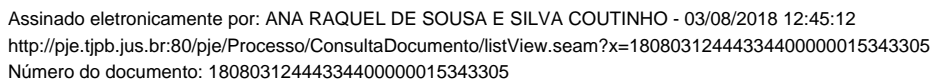
[illegible]

( ) SERA  
CIRCULARE  
Joelma S. Nascimento  
Cf. de Enfermagem  
BOREN-PB 424853  
FNGI ASCIR 021-2





153

F (NG) ASCIR.026



## RELATÓRIO DE CIRURGIA



### DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

#### Posição e Preparo:

1) DPH - 30° Anestesia  
2) Antépio - Antépio  
3) Conto de 25ml

#### Incisão:

— / / —

#### Achados:

Ex - Diáfano de Estômago

#### Conduta:

Taxa - Transesofágica  
Transesofágica

#### Fechamento:

— / / —

#### Observação:

Dr. Victor Linhares  
Médico  
CRM 8184 RN  
CRM 10894 PB

João Pessoa, 08/04, 17

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1



## PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

### OUTORGANTE:

Nome: Antonio Guilherme Lucio dos Santos  
Albino, gen. de pedreiro, rep. por Sérgio da S. Santos  
CPF/MF: 753 586 544-53 RG: 117668759P/PB  
Endereço: Rua Elias Cavaleante de Albuquerque  
330 Cristo Redentor CEP 58070400 J. Pessoa - PB

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

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

### GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

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

João Pessoa – PB, 2º de junho de 2018.

Antonio Guilherme Lucio dos Santos  
Outorgante



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0216145/18  
Vítima: ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS  
FILHO  
CPF: 753.586.544-53

Data do Acidente: 01/04/2017

CPF de: Titular do CPF: ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS  
Próprio FILHO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

Sen. 3180 277539

#### ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO : 753.586.544-53

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

#### SERGIO DA SILVA DOS SANTOS : 091.692.004-67

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

F

#### ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/06/2018  
Nome: SERGIO DA SILVA DOS SANTOS  
CPF/CNPJ: 091.692.004-67

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

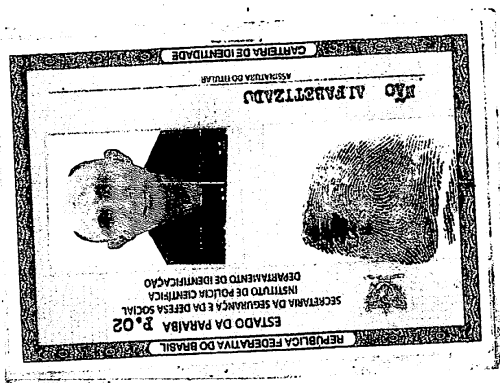
Data do cadastramento: 18/06/2018  
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa  
CPF: 423.820.764-53

SERGIO DA SILVA DOS SANTOS

Sandra Maria Accioly Pedrosa







CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB  
18 JUN. 2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1.176.687 - 2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	28/05/2010
NOME	ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS
FILIAÇÃO	LHO ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS MARIA DAS NEVES DE SOUSA
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB
DATA DE NASCIMENTO	25/10/1955
DOC. CRIANÇA	NASC.N.7377 FLS.021 LIV.A-07
CARTORIO	5 - JOÃO PESSOA-PB.
CPF	753.586.544-53
Assinatura do Titular	
Assinatura do Diretor	
LEI Nº 7.110 DE 25/03/03	





## CARTÓRIO CELEIDA

Primeiro Serviço Notarial Distrital do Geisel

R. Juscelino Kubitschek, s/nº - Fone/Fax: (83) 3231.4078/3200.1183  
cartorioceleida@ig.com.br João Pessoa - Paraíba

Livro: P-180 Folha(s): 186

Protocolo: 15169

18 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL  
001

### PROCURAÇÃO PUBLICA BASTANTE QUE FAZ: ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO, na forma abaixo declarado;

SAIBAM quantos virem este Público Instrumento de Procuração que aos 02 (Dois) de 03 (Março) de 2018 (Dois Mil E Dezoito), nesta cidade de João Pessoa, Capital do Estado da Paraíba, perante mim, - **CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA** Tabeliã Pública do 1º Ofício de Notas Distrital, compareceu(ram) como **OUTORGANTE(S)** Sr. **ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO**, Brasileiro, servente pedreiro, maior, estado civil solteiro, portador do RG nº 1176687 2º VIA SSDS /PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 753.586.544-53, residente e domiciliado na Rua Elias Cavalcante de Albuquerque, 630, no bairro Cristo, na cidade João Pessoa-PB, reconhecido como o próprio por mim e de duas testemunhas nomeadas e assinadas, perante as quais por ele(s) me foi dito que constituía e nomeava seu bastante procurador(es) Sr. **SERGIO DA SILVA DOS SANTOS**, Brasileiro, promotor de vendas, maior, estado civil solteiro, portador do RG nº 3472865 SSDS/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 091.692.004-67, residente e domiciliado na Rua Elias Cavalcante de Albuquerque, 630, no bairro Cristo, na cidade João Pessoa-PB, a quem confere os mais amplos e ilimitados poderes para fôro em geral, atribuindo poderes com a cláusula ad-judicia e et-extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, e vias administrativas, podendo constituir e destituir Advogados propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo unas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber seguros, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, poderes especialmente para receber e acompanhar junto a Companhia de Seguros LIDER, e quaisquer seguradora, o seguro DPVAT (morte, invalidez permanente, DAMS - Despesas com Assistência Médica e Despesas Suplementares), referente ao acidente ocorrido com o Outorgante, que a mesmo tem direito, podendo para tanto, ditô procuradora, dar entrada no processo de Sinistro para recebimento de indenização ou reembolso das despesas, conferindo-lhe ainda poderes especiais, para receber e endossar cheques das quantias recebidas, dando a referida quitação, sacar em quaisquer agências bancárias; representa-lo junto a Hospitais, Clinicas, UPA, PSF, Secretarias de Saúde, podendo requerer e receber laudos medicos, protuários, atestados, preencher e assinar documentos; enfim, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento do presente mandato. podendo ainda substabelecer esta em outrem com ou sem reservas de iguais poderes. Que o outorgante por se declarar não alfabetizado deixa a sua impressão digital as margens deste livro e folhas e assina a rogo Sr. **PAULO SERGIO RODRIGUES SILVA**, Brasileiro, frentista, maior, estado civil solteiro, portador do RG nº 2.504.849 SSP /PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 011.878.554-05, residente e domiciliado na Rua Elias Cavalcante de Albuquerque, 1058, no bairro Cristo, na cidade João Pessoa-PB E de como assim o disse do que dou fé, e me pediu e eu lhe lavrei este Instrumento que, sendo-lhe lido, aceitou e assinou, sendo dispensada à presença e assinatura de testemunhas de acordo com o Art. do 1º Provimento no 03/87, da Corregedoria Geral da Justiça deste Estado. Eu **FELLIPE WELDSO DE OLIVEIRA FERREIRA**, Auxiliar de Cartorio a escrevi. Eu, **CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA** - Tabeliã Pública do 1º Ofício de Notas Distrital da Capital, subscrevo e assino em público e raso que uso, nesta data. Selo Digital: AGM87338-9ZBS Confira os dados do ato em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>. 02/03/2018 11:16:16 Custas: Emolumentos: R\$ 94,80 Fepj: R\$ 17,44 Farpem: R\$ 5,14.

Em testemunho (  ) da verdade dou fé.



REGISTRO GERAL 3.472.865 DATA DE EXERCÍCIO 02/08/2006

NOME SÉRGIO DA SILVA DOS SANTOS

FILIAÇÃO ANTONIO GUILLERME L CIO DOS SANTOS FILHO

MATRICULAÇÃO EM 02/11/1989

DOC ORGEM NASC. N. 3951 FLS. 881 LIV. 4

CARTÃO DO JOÃO PESSOA - PB

CPF 03/11/1989

ASSINADO ELETRONICAMENTE

18 JUN 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA - UVA-01

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA - 001

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTÃO DE IDENTIDADE

ASSINADO ELETRONICAMENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR SÉRGIO DA SILVA SANTOS

DATA DE NASCIMENTO 03/11/1989

REGIÃO 0403 5479 1229

ZONA 007 SEÇÃO 0119

MUNICÍPIO / UF MATARACA/PB

DATA DE EMISSÃO 19/03/2014

JUIZ ELEITORAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

CPF 091.692.004-67

SÉRGIO DA SILVA DOS SANTOS

03/09/1989

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

898 0032 7126 6575

Nome: SÉRGIO SILVA SANTOS

Data de Nascimento: 03/11/1989

Sexo: M Data de emissão: 28/03/2012

Município de residência: MATARACA UF: PB



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Seirgo da Silva Santos

RG nº 3472865, data de expedição 02/08/06, Órgão SSP

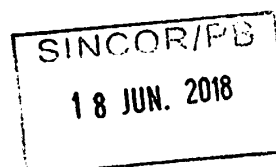
CPF nº 09169200467, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Elyso Baralvante de Albuquerque
Número	630
Apto / Complemento	
Bairro	Arists
Cidade	João Pessoa
Estado	PB
CEP	58070400
Telefone de Contato	98666 8927
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 25/04/2018

Assinatura do Declarante: Seirgo da Silva dos Santos



CONFERIDO COM O ORIGINAL



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento emitido eletronicamente por:  
Documento emitido eletronicamente por:  
Documento emitido eletronicamente por:

Nº 007 045 689



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56071-680  
CNPJ 09 095 183-000140 - Insc Est 18 015 823-0

## DADOS DO CLIENTE

MARIA JOSE DOS SANTOS  
RUA ELIAS CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE 630  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1008148-7

### REFERÊNCIA

MAI/2018

### APRESENTAÇÃO

24/05/2018

### CONSUMO

162

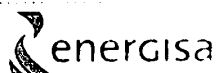
### VENCIMENTO

01/06/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 94,73

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



MARIA JOSE DOS SANTOS

Roteiro: 14-002-583-4000

83690000000-8 94730149000-1 10081482018-7 05600002019-0

### VENCIMENTO

01/06/2018

### TOTAL A PAGAR

R\$ 94,73

### MATRÍCULA

1008148-2018-05-6



CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

18 JUN. 2018





**Poder Judiciário da Paraíba**  
**1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0843391-62.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser apazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de



conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, 6 de agosto de 2018.

Josivaldo Félix de Oliveira

Juiz de Direito



**Poder Judiciário da Paraíba**  
**1ª Vara Cível da Capital**  
**AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520**  
**JOÃO PESSOA()**

Nº do processo: 0843391-62.2018.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto(s): [SEGURO]

**MANDADO DE CITAÇÃO e INTIMAÇÃO**

O MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, JOÃO PESSOA PB, CEP 58030-000, para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial. Fique também intimado para em de dez(10) dias, depositar em conta judicial o valor designado de R\$ 200,00; correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor. Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

JOÃO PESSOA, em 15 de abril de 2019.

De ordem, ALEX OLINTO DOS SANTOS  
Servidor

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:**

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

18080312450989100000015343270







**Poder Judiciário da Paraíba**  
**1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0843391-62.2018.8.15.2001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser apazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de



conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, 6 de agosto de 2018.

Josivaldo Félix de Oliveira

Juiz de Direito





Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

---

Número do Processo: 0843391-62.2018.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)  
Assunto: [ S E G U R O ]  
Polo ativo: AUTOR: ANTONIO GUILHERME LUCIO DOS SANTOS FILHO  
Polo passivo: RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

### CERTIDÃO

Certifico e dou fé que procedi com a notificação do perito.

Zimbra

jpa.1varacivel@tjpb.jus.br

---

perícia

---

De : 1A. VARA CIVEL <jpa.1varacivel@tjpb.jus.br> Seg, 15 de abr de 2019 14:57  
Assunto : perícia  
Para : antoniovituriano@outlook.com

Dr. Antonio Vituriano de Abreu,

Notifico que o senhor foi nomeado perito nos autos do processo de nº **0843391-62.2018.8.15.2001** com o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre as Seguradoras e o TJPB, a ser depositado pela parte ré.

Deste modo, informe se aceita o encargo de perito.



Intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

Att,  
Juízo de Direito da 1º Vara Cível da Capital.

---

JOÃO PESSOA, 15 de abril de 2019  
ALEX OLINTO DOS SANTOS



## **CERTIDÃO**

Certifico, intimei Bradesco Seguros, na pessoa de Vanda Carmen Fabrício Wanderley, conforme ciente exarado, que ficou com a contrafé. Dou fé.

João Pessoa, PB.

22 de abril de 2019

EDILASIO DE ALMEIDA RIBEIRO



20

Poder Judiciário da Paraíba  
1ª Vara Cível da Capital  
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520  
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0843391-62.2018.8.15.2001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)  
Assunto(s): [SEGURO]

**MANDADO DE CITAÇÃO e INTIMAÇÃO**

O MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólido de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, JOÃO PESSOA PB, CEP 58030-000, para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial. Fique também intimado para em de dez(10) dias depositar em conta judicial o valor designado de R\$ 200,00, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor. Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

JOÃO PESSOA, em 15 de abril de 2019.

De ordem, ALEX OLINTO DOS SANTOS  
Servidor

**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:** <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 18080312450989100000015343270



Assinado eletronicamente por: ALEX OLINTO DOS SANTOS  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>  
ID do documento: 20563003



19041514491485400000020001982

Vanda Carmen Fabricio Wanderley  
Gerente Operacional  
3337/Sucursal João Pessoa - PB

Bradesco

-17-Abr-2019-07:14-179647-q/

