



Número: **0800375-80.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **10/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE DA SILVA SOUSA (AUTOR)	MAYARA ROAGNA DE SOUSA MEDEIROS (ADVOGADO) FIRMINO LEITE DA COSTA NETO (ADVOGADO) RHANIEL BEZERRA WANDERLEY E LIMA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
20457 442	10/04/2019 15:13	<a href="#">Petição Inicial</a>
20457 519	10/04/2019 15:13	<a href="#">DOCUMENTOS PESSOAIS</a>
20457 549	10/04/2019 15:13	<a href="#">COMPROVANTE DE RESIDENCIA</a>
20457 595	10/04/2019 15:13	<a href="#">DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA - JOSE</a>
20457 645	10/04/2019 15:13	<a href="#">PROCURAÇÃO PUBLICA</a>
20457 688	10/04/2019 15:13	<a href="#">BOLETIM DE OCORRENCIA</a>
20457 707	10/04/2019 15:13	<a href="#">FICHA SAMU</a>
20457 768	10/04/2019 15:13	<a href="#">AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO</a>
20457 824	10/04/2019 15:13	<a href="#">DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO IML</a>
20457 874	10/04/2019 15:13	<a href="#">ESCRITURA PUBLICA DE DECLARAÇÃO - JOSE DA SILVA SOUSA</a>
20458 039	10/04/2019 15:13	<a href="#">COMPROVANTES ENVIO SEGURADORA</a>
20458 088	10/04/2019 15:13	<a href="#">AVISO DE SINISTRO 13038845</a>
20458 120	10/04/2019 15:13	<a href="#">CONTA POUPANÇA</a>
20458 198	10/04/2019 15:13	<a href="#">PRONTUARIO HR PATOS - PARTE I</a>
20458 233	10/04/2019 15:13	<a href="#">PRONTUARIO HR PATOS - PARTE II</a>
20458 256	10/04/2019 15:13	<a href="#">PAGAMENTO PARTE DO SEGURO ADMINISTRATIVO</a>
20458 264	10/04/2019 15:13	<a href="#">LAUDO MEDICO</a>
21275 980	22/05/2019 00:39	<a href="#">Despacho</a>

24944 089	02/10/2019 09:07	<a href="#"><u>Ato Ordinatório</u></a>	Ato Ordinatório
24944 498	02/10/2019 09:16	<a href="#"><u>Expediente</u></a>	Expediente

**EXCELENTESSIMO (A) DOUTOR (A) JUÍZ (A) DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA MISTA DA COMARCA DE POMBAL – PB.**

**JOSÉ DA SILVA SOUSA**, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF: **715.709.564-56** e RG: **4.502.469 SSDS-PB**, residente e domiciliado na Rua Projetada, s/n, Centro na cidade de Cajazeirinhas - PB, CEP: 58855-000, vem, por meio de seus procuradores e advogados que esta subscreve, com endereço no rodapé, vem, perante Vossa Excelência, ajuizar a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA**

**DO SEGURO DPVAT**

Em desfavor da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, situada a Rua Senador Dantas, 76, 3º andar, CEP: 20.031-201, Centro, Rio de Janeiro – RJ, pelos fatos e motivos que passa a aduzir:

**I - DOS FATOS**



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:11:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015111831200000019900023>  
Número do documento: 19041015111831200000019900023

Num. 20457442 - Pág. 1

O promovente foi vítima de acidente de trânsito no dia 01/08/2016 sendo transportado pelo SAMU ao Hospital Regional de Pombal, constatando-se como atropelamento, submetendo-se ao exame que constatou inicialmente uma fratura no tornozelo.

Conforme Laudo Médico, constatou-se duas consequências posteriores ao atropelamento, a primeira a **CID T92 (SEQUELAS DE TRAUMATISMO DO MEMBRO SUPERIOR)** no caso, o joelho, e a segunda **CID 10 – S82 (FRATURA DA Perna, INCLUINDO TORNOZELO)**, submetendo-se a procedimento cirúrgico, uso de gesso, e fisioterapia realizada em diversas sessões, que mostraram-se ineficazes, visto que o mesmo não consegue se sustentar de forma constante sem perder o equilíbrio devido a dor, impossibilitando-o de exercer atividades comuns do dia a dia, e inclusive o incapacitando de exercer atividades laborais.

Logo, conforme o Laudo anexo, o promovente sofreu lesões de natureza grave, ora, como se sabe, o joelho, região responsável tanto pela flexibilização dos membros inferiores, e também por sustentar o corpo humano mostra-se **ESSENCIAL PARA PRÁTICA DOS MAIS SIMPLES ATOS DO COTIDIANO**, uma tarefa árdua para o senhor José, visto que teve deformidade permanente no mesmo, devido a lesão sofrida, incapacitando-o, inclusive, **DEFINITIVAMENTE PARA PRÁTICA DA ATIVIDADE LABORAL** fazendo jus à indenização em seu grau máximo, que corresponde à importância de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, conforme estabelece a Lei 6.194/74 combinada com a **TABELA da SUSEP** em anexo

No dia 03 de julho de 2018, requereu administrativamente a empresa demandada o pagamento da indenização obrigatória do DPVAT, referente à invalidez constante no laudo médico, pois o promovente teria de realizar inúmeras sessões de fisioterapia a fim de recuperar-se do ocorrido, tal recuperação que não se mostrou efetiva, fato este comprovando sua incapacidade definitiva de exercer atividades laborais, constatada através do laudo no dia **16.03.2018**.

Diante dos fatos, requereu administrativamente a empresa demandada para o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT (**SINISTRO: 3180292536**), referente a invalidez permanente constante no Laudo médico em anexo.

Acontece Excelência, que a seguradora realizou o pagamento, todavia o fez bem a quem do devido, uma vez que pagou (**19/11/2018**), apenas a importância de **R\$ 3.375,00 (três mil trezentos e setenta e cinco reais)**, conforme comprovante de depósito e extrato bancário em anexo.

Ante os fatos, resta demonstrado que a companhia de seguros realizou o pagamento da indenização no valor menor que o realmente devido, devendo complementar o pagamento do sinistro em **R\$ 10.125,00 (dez mil cento e vinte cinco reais)**, os quais devem ser acrescidos de juros e correção monetária



## **II - DO DIREITO**

### **II. 1. - REGULAMENTAÇÃO JURÍDICA**

A matéria encontra-se regulamentada pela lei 6.194/74, que determina o pagamento de indenização de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) aos beneficiários das vítimas de acidentes de trânsito, em caso de invalidez permanente, consoante se depreende, da leitura do caput do art. 3º, e inciso II, alterada pela LEI 11.482/07, *in verbis*:

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

*II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e*

Todavia, as seguradoras não cumpriram sequer com os normativos da CNSP, pois não estabeleceu índices percentuais correspondente a debilidade que ficou sujeito o promovente.

Desta forma, aplicando-se os limites estabelecidos pela lei, bem como usando a própria TABELA DA CNSP, percebe-se que a indenização foi paga em valores inferiores aos realmente devidos, merecendo, pois ser feito justiça, condenando-se a empresa promovida ao pagamento do valor devido.

As seguradoras não vêm cumprindo o que determina a lei, alegando em seu favor RESOLUÇÕES editadas pelo Conselho Nacional de Seguros Privados – CNSP, que fixam os valores das indenizações para cada tipo de cobertura.

Outrossim, registre que os documentos anexados, são suficientes a um julgamento meritório, sendo dispensado a apresentação de Laudo do IML, conforme decisão:

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT – INVALIDEZ PERMANENTE – INTERESSE PROCESSUAL – EXISTÊNCIA – FIXAÇÃO DO QUANTUM A SER INDENIZADO – DIFERENÇA – COMPLEMENTAÇÃO – LAUDO DO IML – DOCUMENTO DISPENSÁVEL – COMPETÊNCIA DO CNSP – VINCULAÇÃO AO SALÁRIO MÍNIMO – CORREÇÃO MONETÁRIA – INAPLICABILIDADE** – 1. Sabe-se que o interesse processual alicerça-se pelo atendimento do binômio necessidade-adequação e necessidade-utilidade, logo compete ao autor demonstrar que, sem a interferência do judiciário, sua pretensão corre riscos de não ser satisfeita espontaneamente pelo réu. 2. O valor do seguro obrigatório é de 40 (quarenta) salários mínimos, impondo que a seguradora pague aos beneficiários a diferença da indenização securitária, mesmo que



tenha sido dada quitação plena. Assim, ao beneficiário do seguro DPVAT que receber valor menor que o previsto em Lei assiste o direito a respectiva diferença. **3. E dispensável o laudo proveniente do instituto médico legal, quando os documentos carreados aos autos são suficientes para confirmar a invalidez permanente da vítima, ocasionando em virtude de acidente de trânsito.** 4. O cnsp somente esta autorizado a estabelecer regras para atender ao pagamento de indenizações, a forma de sua distribuição entre as seguradoras, bem como eventuais tarifas a serem instituídas por resolucao, mas não discutir e fixar o quantum a ser indenizado. 5. Não há qualquer irregularidade em se estabelecer indenização relativa ao seguro obrigatório acidentário (DPVAT), com base em salários mínimos, posto que a espécie não foi utilizada como fator de correção monetária, e sim como parâmetro para fixar o montante a ser resarcido, e foi editada na forma descrita na Lei nº 6.194/74, artigo 3, alínea a e seguintes, não servindo de óbice óbice, ao direito de percepção, simples portaria lançada pelo cnsp. 6. O salário mínimo a ser aplicado deve ser o vigente a época da liquidação do sinistro (ou seja, do efetivo pagamento), sob pena de importar em enriquecimento sem causa da seguradora. 7. A correção monetária, no caso, não é devida, já que o valor apresentado na inicial e deferido pelo digno magistrado sentenciante já esta atualizado de acordo com o salário mínimo vigente, sendo devido a partir do ajuizamento da ação, somente nos casos em que a condenação se da com base no salário mínimo vigente na época do sinistro, devendo, assim, ser corrigido o valor base da indenização, a fim de evitar perda para a parte contratante e para o lesado, hájá vista que o salário mínimo já e corrigido anualmente. Apelo conhecido e parcialmente provido. (TJGO – AC 106779-9/190 – (200604152234) – 3ª C.Cív. – Rel. Des. Nelma Branco Ferreira Perilo – J. 07.05.2007).

(...)

**PELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA DE BENEFÍCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT – RESPONSABILIDADE OBJETIVA DA SEGURADORA ELEITA – DESNECESSIDADE DE JUNTADA DE LAUDO EXPEDIDO PELO IML – RETROATIVIDADE DA LEI Nº 8441/92 – INCOMPETÊNCIA LEGISLATIVA DO CONSELHO NACIONAL DE SEGUROS PRIVADOS – CNSP – QUANTIFICAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EM SALÁRIOS MÍNIMOS – INEXISTÊNCIA DE TRANSGRESSÃO A CF/88 (ART. 7, IV). HONORÁRIOS – JUSTA FIXAÇÃO** – I. A responsabilidade da seguradora eleita para pagamento de seguro obrigatório (DPVAT) e de natureza objetiva, nos termos do que preceitua o artigo 5, da Lei nº 6194/74. Assim, para efeitos de cobrança do benfício, torna-se dispensável a prova do nexo de causalidade entre o fato e o evento danoso. **II. Faz-se prescindível a comprovação do estado de invalidez permanente laudo de exame corporal confeccionado pelo instituto médico legal, porquanto inexigível tal documento pelas Leis que regem a matéria 6194/74 e 8441/92.** III. A Lei n.8441/92 e dotada de força retroativa em face da Lei nº 6194/74, haja vista serem as modificações do texto original pela Lei posterior de caráter meramente procedural, não tendo alterado a substancia da norma ou o direito do beneficiário. IV. A fixação legal do valor da indenização do seguro DPVAT em 40 salários mínimos não constitui ofensa ao artigo 7, IV, da Lei Maior. Precedentes do supremo tribunal federal V - Os honorários fixados em 20 por cento sobre o valor da condenação são justos, na medida em que, prudentemente, foi adotado o critério estipulado pelo parágrafo 3, do artigo 20, do CPC. Apelação conhecida, mas improvida. (TJGO – AC 107626-0/190 – (200700402211) – 1ª C.Cív. – Rel. Des. Joao Ubaldo Ferreira – J. 07.05.2007).

O TJ da Paraíba já decidiu não ser necessário laudo de IML quando a prova pericial existente nos autos for suficiente para o julgamento da lide, vejamos:

#### **APELAÇÃO CÍVEL Nº 078.2006.000.336-1/001 .**

RELATOR: Des. José Di Lorenzo Serpa . APELANTE: Itaú Seguros S/A (Adv. Alysson Filgueira Carneiro Lopes da Cruz) . APELADO: Elielzo de Lima Oliveira (Adv. Wamberto Balbino Sales). **APELAÇÃO CÍVEL. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE. Realização de perícia pelo Instituto Médico Legal. Prescindibilidade. Existência de certidão de ocorrência policial, laudo médico conclusivo e prova testemunhal.** Provas suficientes. Livre convencimento motivado do magistrado. Quantum resarcitório fixado em salários-mínimos. Determinação do artigo 3º da Lei nº 6194/77. Revogação. Inexistência. Manutenção da decisão combatida. **Mostra-se prescindível a realização de perícia pelo Instituto Médico Legal, quando as**



**provas carreadas aos autos apresentam-se suficientes e satisfatórias para a formação do convencimento motivado do magistrado.** Nos termos de regência do artigo 3º, alínea .b., da Lei nº 6194/77, a indenização em caso de invalidez permanente deve ser fixada em até 40 (quarenta) salários mínimos. Descabe a revogação do art. 3º da Lei nº 6205/75, pois, consoante jurisprudência pacífica do Superior Tribunal de Justiça, subsiste o critério de fixação da indenização em salários mínimos, previsto na referida lei, por não constituir fator de correção monetária, mas sim, em base para quantificação do montante resarcitório. ACORDA o Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, por sua 1ª Câmara Cível, à unanimidade, desprover o recurso, nos termos do voto do relator. (*diário da Justiça da Paraíba, dia 10/04/2007, pg. 5*).

### **III. 2 - DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em casos de Seguro Obrigatório DPVAT, quando se tratar de verba complementar indenizatória, a correção monetária deverá iniciar-se a partir da data do ato ilícito que ensejou prejuízo para a vítima, compreendendo, portanto, a data em que a seguradora não adimpliu corretamente ao pagamento em via administrativa, fazendo-o a menor. Deste modo entende o **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA em sua Súmula 43 que assim preleciona: "Incide correção monetária sobre dívida por ato ilícito a partir da data do efetivo prejuízo"**.

Coadunando com este mesmo entendimento, segue julgado do ilustre Relator José Sebastiao Fagundes Cunha do **TJPR - Apelação Cível: AC 4451245 PR 0445124-5**:

#### **Ementa**

RECURSO DE APPELAÇÃO COBRANÇA. SEGURO. DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA RECEBIDA PARCIALMENTE. QUITAÇÃO DO VALOR PAGO À MENOR. FIXAÇÃO DA INDENIZAÇÃO VINCULADA AO SALÁRIO MÍNIMO. POSSIBILIDADE. RESOLUÇÃO CNSP. NORMA QUE NÃO PODE SOBREPOR-SE À LEI ORDINÁRIA. HIERARQUIA DAS NORMAS. CORREÇÃO MONETÁRIA. SÚMULA 43 DO STJ. RECURSO DE APPELAÇÃO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. RECURSO ADESIVO COBRANÇA. SEGURO DPVAT. QUITAÇÃO DA INDENIZAÇÃO EFETUADA A MENOR. INCIDÊNCIA DE JUROS DESDE O PAGAMENTO ADMINISTRATIVO. JUROS. 1% AO MÊS A PARTIR DA VIGÊNCIA DO CÓDIGO CIVIL DE 2002 - (12.01.2003) - E INCIDÊNCIA DE 0,5% ANTES DESTA DATA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. MAJORAÇÃO. RECURSO ADESIVO CONHECIDO E PROVIDED PARCIALMENTE. 1. Restando demonstrado que o valor do seguro obrigatório DPVAT não foi pago em sua integralidade (40 salários mínimos), faz jus a autora ao recebimento da diferença entre o que foi pago e o que deveria sê-lo.  
(...)

**4. Súmula 43 do STJ: "Incide correção monetária sobre dívida por ato ilícito a partir da data do efetivo prejuízo". No caso em apreço, verificou-se o ato ilícito contratual da seguradora quando não adimpliu corretamente, em sede administrativa, com a sua obrigação junto aos beneficiários do seguro obrigatório, motivo pelo qual é a partir desta data que a correção monetária deve incidir.**

Consoante o exposto, pedimos licença para deixa de discorrer sobre o mérito, para adentrarmos nos pedidos.

### **III - DOS PEDIDOS**

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



a) a **citação da promovida** no endereço descrito no pórtico desta, para que no prazo legal em querendo, contestar a presente ação, sob pena de sofrer os efeitos da revelia e confissão;

b) seja a ação **julgada procedente**, para condenar a promovida ao pagamento da **R\$ 10.125,00 (dez mil cento e vinte cinco reais)**, a título de indenização pelos danos em epígrafe, devidamente acrescidos de juros mora a partir da citação da empresa promovida e correção monetária, a contar da data em que ocorreu o acidente (01/08/2016);

c) a **inversão do ônus da prova**, nos precisos termos do art. 6º, VIII do CODECOM;

d) seja concedido os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA, assegurados pelos arts. 98 e seguintes do Código de Processo Civil/2015, tendo em vista não poder arcar com as despesas processuais por insuficiência de recursos.

e) a condenação da empresa promovida nas custas processuais, honorários advocatícios no valor de 20% e demais emolumentos legais.

**Requer que seja dispensada a designação da audiência de conciliação, nos termos do art. 319, VII c/c art. 334, §4º, I do Novo Código de Processo Civil, tendo em vista a prática de atitudes reiteradas da Promovida em não demonstrar interesse na realização da COMPOSIÇÃO CONSENSUAL.**

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas admitidos em direito, além dos documentos que seguem em anexo, bem como REQUER, desde já, a produção de prova pericial, com a juntada dos quesitos.

Dar-se à causa para os devidos fins fiscais, o valor de R\$ **R\$ 10.125,00 (dez mil cento e vinte cinco reais)**.

Termos em que,

Pede Deferimento.

Pombal – PB, 15 de Fevereiro de 2019.

**Dr. Rhaniel B. Wanderley e Lima**

OAB/PB 20.538

**Dra. Mayara Roagna de S. Medeiros**

OAB/PB 21.001

**Dr. Firmino Leite da Costa Neto**

OAB/PB 23.383

**Bela. Jessica Allana Fernandes**

Bacharela em Direito



**Filipe Igor Lacerda Barbosa**

Estagiário de Direito



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:11:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015111831200000019900023>  
Número do documento: 19041015111831200000019900023

Num. 20457442 - Pág. 7



ESTADO DA PARAÍBA

República Federativa do Brasil  
Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais

Guionar Odvares Formiga

DISTRITO, MUNICÍPIO E COMARCA DE POMBAL

Marcos Tavares Formiga  
OFICIAL

Eliakim Tavares Formiga  
ESCREVENTE

Nascimento N° 2.837

CERTIFICO que as folhas 77v do livro N° A=4= de Registro de  
Nascimento foi feito o assento de José da Silva Sousa

nascid o aos catorze de outubro de mil novecentos e setenta  
e um às 20 horas e minutos em o Hospital Dis-  
trital desta Cidade  
de sexo masculino

filho de Antonio Francisco da Silva  
natural de deste Estado profissão agricultor  
e de Dona Josefa da Silva Sousa

natural de deste Estado profissão domestica  
são avós paternos João Ezequiel de Sousa  
e Dona Maria do Carmo Dias de Sousa

e avós maternos Oscar Epaminondas da Silva  
e Dona Inez Salustiano da Conceição

Foi declarante o pai  
e serviram de testemunhas Francisco dos Santos Maciel  
João Euclides de Sousa

Observações: Registrado a 30/12/76

O referido é verdade e dou fé.

Pombal, 04 de novembro de 19 97

Marcos Tavares Formiga  
OFICIAL

CARTÓRIO GUIOMAR TAVARES FORMIGA

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Marcos Tavares Formiga

Oficial

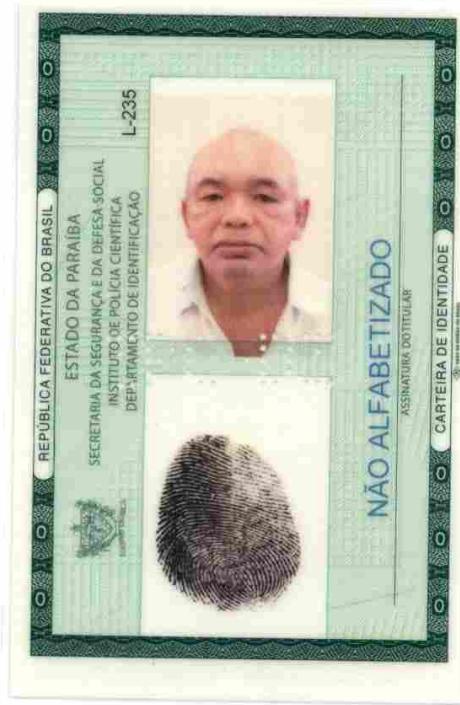
Joaquina Odilia Formiga Tavares

Assessora

Maria Aparecida F. da S. Nóbrega

Assessora

POMBAL — PARÁ



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:11:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1904101459273400000019900099>  
Número do documento: 1904101459273400000019900099

Num. 20457519 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:11:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1904101459273400000019900099>  
Número do documento: 1904101459273400000019900099

Num. 20457519 - Pág. 3

obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitá-las as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequadamente. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las. Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que conserti-la ou lubrificá-la.

Habite-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

**MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO**  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número ..... 49944 Série ..... 00034



Analfabeto

ASSINATURA DO PORTADOR



### QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome: *Lomé da Silva Gomba*  
Loc. Nasc: *Pombal* Est. *PB* Data: *14/10/1941*  
Filiação: *Filho de Firmino e homens da Silva.*  
Doc. Nº: *0017.0000. n° 2834, FIM. 474, 100. A=4.*

### ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... / ..... / ..... Doc. Ident. Nº .....  
Exp. em ..... / ..... / ..... Estado .....  
Obs.: ..... *Barrazeiminhos/PB*  
Data Emissão: *27/09/2010* SRTE  
*Jaqueleide Ribeiro dos Santos*  
Assinatura: *Endereço: GRAS*  
*Mai. 00221-6*

### ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome: .....  
.....



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.  
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: Nº 022.541.512



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

DAMIAO EZEQUIEL DE SOUSA  
RUA PROJETADA S/N  
CAJAZEIRINHAS

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/854131-0

REFERÊNCIA  
**MAR/2019**

APRESENTAÇÃO  
**27/03/2019**

CONSUMO  
**59**

VENCIMENTO  
**03/04/2019**

TOTAL A PAGAR  
**R\$ 25,16**

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



DESTAQUE AQUI

DAMIAO EZEQUIEL DE SOUSA

Roteiro: 17-228-390-8360

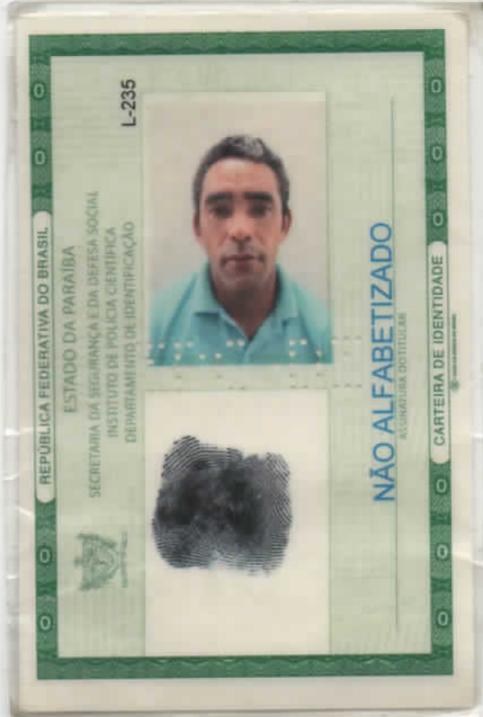
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 02/04/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
03/04/2019	R\$ 25,16	854131-2019-03-2



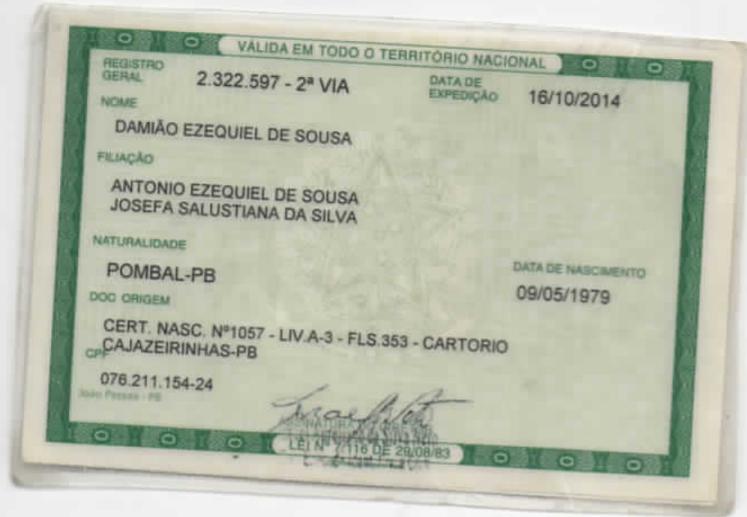
Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:11:40  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041014595560800000019900129>  
Número do documento: 19041014595560800000019900129

Num. 20457549 - Pág. 1



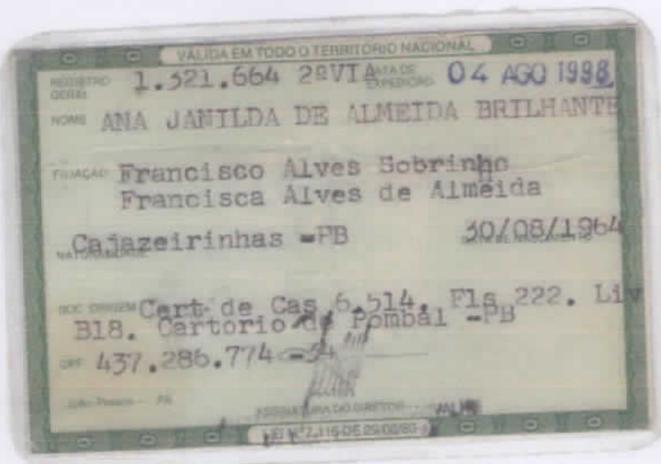
Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:11:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015003815400000019900175>  
Número do documento: 19041015003815400000019900175

Num. 20457595 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:11:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015003815400000019900175>  
Número do documento: 19041015003815400000019900175

Num. 20457595 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:11:44  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015003815400000019900175  
Número do documento: 19041015003815400000019900175

Num. 20457595 - Pág. 3



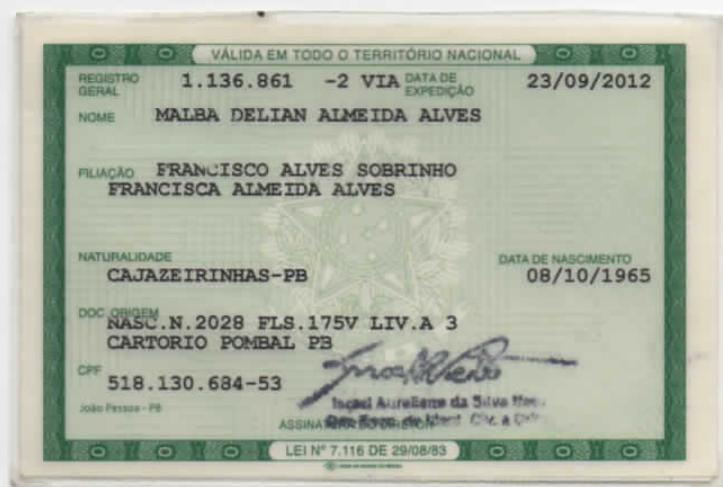
Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:11:44  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015003815400000019900175  
Número do documento: 19041015003815400000019900175

Num. 20457595 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:11:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015003815400000019900175>  
Número do documento: 19041015003815400000019900175

Num. 20457595 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:11:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015003815400000019900175>  
Número do documento: 19041015003815400000019900175

Num. 20457595 - Pág. 6

**DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA**  
(Lei 7.115)

**DAMIÃO EZEQUIEL DE SOUSA** brasileiro, solteiro, desempregado, inscrito no CPF sob o nº. **076.211.154-24**, residente e domiciliada na Rua Projetada, s/n, Centro, na cidade de Cajazeirinhas, estado da Paraíba, DECLARA com base na LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983 (Dispõe sobre prova documental nos casos que indica e da outras providências), QUE o Sr. **JOSE DA SILVA SOUSA**, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF nº 715.709.564-56, **MORA E RESIDE NO ENDEREÇO:** Rua Projetada, s/n, na cidade de Cajazeirinhas, estado da Paraíba, de minha propriedade conforme comprovante de residência COM CDC SOB Nº 5/854131-0.

DECLARO AINDA, SER CONHECEDOR DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS A QUE ESTAREI SUJEITO, CASO O TEOR DO AQUI DECLARADO, NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE.

CAJAZEIRINHAS (PB), 29 de Outubro de 2018.



*Malba Dulce Almeida Brilhante*

- DECLARANTE -

Duas Testemunhas:

1. *Jna fatilda de Almeida Brilhante*
2. *Provere Antônio Pires*





## PROCURAÇÃO

Livro: 03

Folha(s): 43 à 43v

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: José da Silva Sousa.

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que aos QUINZE ( 15 ) dias do mês de MARÇO do ano de DOIS MIL E DEZOITO ( 2018 ), nesta cidade de Cajazeirinhas, Estado Paraíba, Rua Raimunda R. Pereira, número 14, Bairro Centro, neste cartório, perante mim Substituta compareceu(ram) como **Outorgante(s)** o **Sr. José da Silva Sousa**, brasileiro, agricultor, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteiro até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da Lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do Código Civil Brasileiro (Lei N° 10.406/2002), maior, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 4502469, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 715.709.564-56, residente e domiciliado na(o) Conjunto Baruc Rodrigues, s/n , na cidade de Cajazeirinhas, no Estado da Paraíba impossibilitado(a) de assinar, por POR SER ANALFABETO, assinando a rogo a **Sra. Francisca Ezequiel de Souza**, brasileira, agricultora, a qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteira até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do código civil brasileiro (lei nº 10.406/2002), maior, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 2892498, Órgão Emissor SSP/PB, e, do CPF/MF de número 092.038.444-73, residente e domiciliada na(o) Conjunto Edvaldo Cazé, s/n , na cidade de Cajazeirinhas, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento, reconhecido como o próprio por mim Substituta pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) seu(s) (sua) (suas) bastante(s) Procurador(a)(es)(as) a **Sra. Malba Delian Almeida Alves**, brasileira, conselheira tutelar, a qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteira até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da Lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do Código Civil Brasileiro (Lei N° 10.406/2002), maior, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 1136861 2ºvia, Órgão Emissor SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 518.130.684-53, residente e domiciliada na(o) Rua Manoel Cassiano da Costa, número 29, na cidade de Cajazeirinhas, no Estado da Paraíba; o **Sr. Firmino Leite da Costa Neto**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº23.383 o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteiro até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da Lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do Código Civil Brasileiro (Lei N° 10.406/2002), maior, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 3470628, Órgão Emissor



SSDS/PB, e, do CPF/MF de número 089.168.464-63, a quem concede poderes parajunto ao Forum em geral, com cláusula adjudicia, para representá-lo em repartições públicas federais autarquias e especialmente perante a Justiça Federal, INSS para tratar de assuntos do seu interesse, requerer a APOSENTADORIA contra o INSS, podendo assinar requerimentos e outros papéis, requerer benefícios previdenciários e suas revisões, transformações e desistências, obter vistas em procedimentos, administrativo, conferindo-lhes ainda poderes para, em qualquer juízo, Instância ou Tribunal, propor ação revisional e/ou concessão de benefícios, seguindo-a até o final, utilizando-se dos recursos legais e prestar depoimento pessoal, requerer justiça gratuita e/ou movimentar conta corrente/poupança; abrir contas de depósito; autorizar cobrança; utilizar o crédito aberto na forma e condições; receber, passar recibo e dar quitação; solicitar saldos e extrato; autorizar débito em conta relativo a operações; requisitar cartão eletrônico; movimentar conta corrente/poupança com cartão eletrônico; efetuar resgates/aplicações financeiras; efetuar saques - conta corrente; efetuar saques - poupança; cadastrar, alterar e desbloquear senhas; efetuar pagamentos por meio eletrônico; . Enfim, praticar os demais atos do interesse do(a)(os)(as) Outorgante(s), podendo, inclusive, substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes. Os dados do(a)(s) procurador(a)(es) e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. Eu, Arianny Keylla de França Sousa, Substituta, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho (\_\_\_\_\_) da verdade. As.: Francisca Ezequiel de Souza. Esta conforme o original. Dou fé. Trasladada hoje. Lavrada em 15 de Março de 2018, às fls. 43 a 43v. Emolumentos: R\$ 88,62; Taxa FARPE: R\$ 5,01; Taxa FEPJ: R\$ 16,30; Taxa MP: R\$ 1,42; Valor Total: R\$ 111,35, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: AGJ98698-TGIL - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Cajazeirinhas/PB, 15 de Março de 2018

Arianny Keylla de França Sousa  
Arianny Keylla de França Sousa'



CARTÓRIO REG.CIVIL E NOTAS-CAJAZEIRINHAS  
Rua Raimunda R. Pereira, 14, Centro, Cajazeirinhas - PB

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:  
ARIANNY KEYLLA DE FRANÇA SOUSA

Dou fé. Cajazeirinhas/PB - 15/03/2018

Substituta: Arianny Keylla de França Sousa

Selo Digital:AGJ98698-T913

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

Emol R\$ 8,86 FARPE R\$ 0,27 MP R\$ 0,14 FEPJ R\$ 2,20



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
3ª Superintendência Regional  
19ª Delegacia Seccional  
2ª Delegacia Distrital de Pombal  
Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB



POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA

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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205/2018

Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO

Data do fato: 01/08/2016 – por volta das 03:00horas

Local do ocorrido: RODOVIA ESTADUAL QUE LIGA CAJAZEIRINHAS – PB a COREMAS-PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 17/03/2018 – 10:00 Horas

**COMUNICANTE:** JOSE DA SILVA SOUSA, **Filiação:** Antonio Francisco da Silva e Josefa da Silva Sousa; **Profissão:** agricultor; **Estado Civil:** solteiro; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** bras.; **Data de Nascimento:** 14/10/1971; **Endereço Residencial:** Rua Projetada, sn, Conjunto Baruque Rodrigues, Cajazeirinhas-PB; //; **Telefone:** 83 9 96550248/**Portador de RG nº** 4.502.469 SSP-PB.

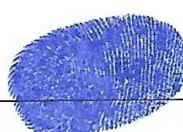
**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, caminhava a margem da rodovia PB 366, quando foi atropelado por um veículo automóvel, colidiu com o comunicante; Que o condutor do veículo não prestou socorro ao comunicante, não parou o veículo e evadiu-se do local; Que do acidente o comunicante teve fratura exposta no tornozelo direito, além de outras escoriações; Que foi socorrido pelo SAMU de Cajazeirinhas-PB, para o Hospital Regional de Patos-PB, onde foi submetido a uma cirurgia; Que o comunicante teve prejudicado sua mobilidade, dependendo de muletas para caminhar; Que testemunhou sobre o fato a pessoa de RONDINELE ALMEIDA ALVES – RG 2581046 SSP-PB, residente a Rua Manoel Cassiano da Costa, 373, Cajazeirinhas-PB; Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 17 de MARÇO de 2018.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

**OBS:** O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: \_\_\_\_\_



1ª Testemunha: Rondinele Almeida Alves

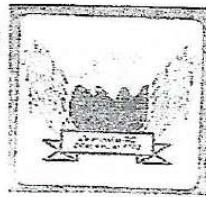
Policial responsável pela lavratura do boletim:

*Manoel de Sousa Lacerda*  
Manoel de Sousa Lacerda  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 168345-4





Prefeitura Municipal de CAJAZEIRINHAS-PB  
Secretaria Municipal de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU 192 Regional - Sousa  
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB:



TRAUMA

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data 03/08/16	Ocorrente nº PB 360	Paciente/Vítima Juci da Silveira Sampaio	Idade 14 anos	Sexo Masc.	Fem.
Local da Ocorrência Apoio no Local	PM Bombeiros PRF Agentes de Trânsito Outros	Bairr. PB 360	Médico Regulador		
<input type="checkbox"/> QTA: MOTIVO:					

DESTINO

LOCAL 1: HRP	RESPONSÁVEL: A. G.	OBS:
LOCAL 2:	RESPONSÁVEL:	OBS:

CINEMÁTICA DO TRAUMA

- QUEDA DA PRÓPRIA ALTURA     QUEDA SA     QUEDA < 5m     QUEDA DE MOTO     SEM CAPACETE NO INCIDENTE     CAPACETE RETIRADO POR TERCEROS  
 CARRO     MOTO     BICICLETA     COLISÃO FRONTAL     COLISÃO LATERAL     COLISÃO TRASEIRA     ATROPELAMENTO     CAPOTAMENTO  
 CARRO X MOTO     MOTO X MOTO     CARRO X OUTRO     MOTO X OUTRO     PERCA DA DIREÇÃO DO VEÍCULO  
 SEM CINTO DE SEGURANÇA     AIRBAG NÃO ACIONADO     NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL     PRESO NAS FERRAGENS  
 AFOGAMENTO GRANDE     QUEIMADURA GRANDE     CHOQUE ELÉTRICO     DESABAMENTO     FAB     FAF  
 OUTRO:  
 ACIDENTE ESPORTIVO     AGRESSÃO FÍSICA  
 ACIDENTE LUM VÍTIMA PECONHENTO     ESCORPIÃO     COBRA     ABEIJA     ABANHA     OUTRO:  
 ENVENENAMENTO COM:

EXAME FÍSICO

ENCONTRADO:  DECÚBITO DORSAL     DECÚBITO LATERAL     DECÚBITO VENTRAL     SENTADO     DENTRO DO VEÍCULO     FORA DO VEÍCULO  
 DEAMBULANDO     EM CIMA DE:    OUTRO:

NÍVEL DE CONSIÊNCIA:  CONSCIENTE     ORIENTADO     ALGO DESORIENTADOR     INCONSCIENTE     HALITO ETÍlico     ABUSO DE DROGAS     SONOLENTO  
 COMA     AGITADO     OUTRO:

QUEIXA PRINCIPAL:  DOR / LOCAL: **INDO** PARESTESIA / LOCAL: PARALISIA / LOCAL:  
 OUTRO:

LESÕES APRESENTADAS:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ESCORIAS / LOCAL: <b>MMII, MASC</b> | <input type="checkbox"/> FRATURA INCOMPLETA / LOCAL:           | <input type="checkbox"/> RUPTURA MUSCULAR / LOCAL: |
| <input type="checkbox"/> CORTE / LOCAL: <b>INDO</b>          | <input type="checkbox"/> FRATURA COMPLETA / LOCAL: <b>INDO</b> | <input type="checkbox"/> CÂMBIO / LOCAL:           |
| <input type="checkbox"/> PERFURAÇÃO / LOCAL:                 | <input type="checkbox"/> SUSPEITA DE FRATURA / LOCAL:          | <input type="checkbox"/> DOR MUSCULAR / LOCAL:     |
| <input type="checkbox"/> CONTUSÃO ARTICULAR LOCAL:           | <input type="checkbox"/> FRATURA DEPOIST / LOCAL: <b>INDO</b>  | <input type="checkbox"/> EDEMA / LOCAL:            |
| <input type="checkbox"/> CONTUSÃO MUSCULAR / LOCAL:          | <input type="checkbox"/> ENTORSE / LOCAL:                      | <input type="checkbox"/> HEMATOMA / LOCAL:         |
| <input type="checkbox"/> LUXAÇÃO / LOCAL:                    | <input type="checkbox"/> ESTIRAMENTO MUSCULAR / LOCAL:         | <input type="checkbox"/> EQUIMOSE / LOCAL:         |
|  |  | <input type="checkbox"/> OUTROS:                   |

DADOS VITAIS

VVA:  LIVRE     OBSTRUÍDA     CORPO ESTRANHO     SECREÇÕES

Padrão Respiratório:  REGULAR     IRREGULAR     OUTRO:

FC Inicial: 15 ipm / final: 19 ipm    SpO<sub>2</sub>: 94 %

PULSOS: RADIAL:  CENTRAL:  FC Inicial: 80 bpm / final: 94 bpm

SISTEMATIZAÇÃO DA ASISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico de Enfermagem:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> CAPACIDADE ADAPTATIVA INTRACRANIANA DIMINUÍDA | <input type="checkbox"/> RISCO PARA CHOQUE                | <input type="checkbox"/> MUCOSA ORAL PREJUDICADA                   |
| <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO VERBAL PREJUDICADA                | <input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO INEFICAZ DAS VVAA   | <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ              |
| <input type="checkbox"/> CONFUSÃO AGUDA                                | <input type="checkbox"/> DISREFLEXIA AUTOMÁTICA           | <input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR CARDIOPULMONAR INEFICAZ |
| <input type="checkbox"/> MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA                 | <input checked="" type="checkbox"/> DOR AGUDA             | <input type="checkbox"/> PERFUSÃO TISSULAR CEREBRAL INEFICAZ       |
| <input type="checkbox"/> DÉBITO CARDIACO DIMINUÍDO                     | <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA  | <input type="checkbox"/> TROCA DE GASES PREJUDICADA                |
|  | <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA | <input type="checkbox"/> VOLUME DE LÍQUIDOS DEFICIENTE             |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- ( ) COLAR CERVICAL TAM: **2** / ( ) ESTABILIZADOR LATERAL DA CABEÇA / ( ) TIRANTES / ( ) PRANCHA RÍGIDA / ( ) KED /  
( ) TALA DE EXTREMIDADES EM: **AM** / ( ) MACA VÁCUO / ( ) MOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO / ( ) EXTRICAÇÃO  
O2: **10** l/min; ( ) MÁSCARA C/ RESERV / ( ) CATETER NASAL / ( ) VENTURI Nº: **10** / ( ) VENTILAÇÃO C/ AMBU / ( ) CÁNULA DE GUEDEL Nº: **10**  
( ) CÁNULA NASOFARÍGEA / ( ) ASPIRAÇÃO VVA / ( ) MÁSCARA LABÍCEA Nº: **10** / SVD Nº: **DU** ml  
CURATIVO: ( ) COMPRESSIVO / ( ) SIMPLES IRRIGAÇÃO OCULAR / ( ) OLHO D / ( ) OLHO E RCP: ( ) MANUAL / ( ) AUTOPULSE / ( ) DEA  
MEDICAÇÃO EM AMPOLAS: ADREVALINA: mg ATROPINA: mg DOPA: mg DOSUTA: mg AMIODARONA: mg  
OUTRA:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO:

COEN:

TÉC ENFERMAGEM:

**J. R. J. V. V. A.**

COEN: **10/08/16**

CONDUTOR SOCORISTA: **J. R. J. V. V. A.**

SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO):

MÉDICO (VISTO):

NOME:

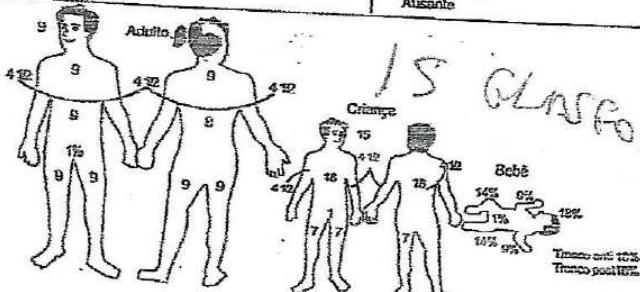
RG:

DOCUMENTOS PESSOAIS:	RG	CPF	TÍTULO DE ELEITOR	HABITAÇÃO	PASSAPORTE	OUTROS:
CELULAR QUANTIDADE:	MARCA:		MODELO:	MARCA:	MODELO:	
CARTÕES DE CRÉDITO:	MASTER CARD	VISA	AMERICAN EXPRESS	HIPE CARD	OUTROS:	
CARTÕES DE BANCO:	1	2	3	NOMES DO BANCO:		
DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$						
CALÇADOS (MARCA):	REGIO (MARCA):					
BRINOS (QUANTIDADE):	PULSEIRAS (QUANTIDADE)			ANEIS (QUANTIDADE)		
DADOS DO RECEBEDOR						OUTROS:
NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCER:						
SETOR:						FUNÇÃO:
ASSINATURA DO RECEBEDOR						CARIMBO DO RECEBEDOR

MEDICAMENTOS		QUANT.	MATERIAS		QUANT.
AAS 100mg			ÁLCOOL (PINCETA 250ml)		
ADRENALINA			ALGODÃO (PACOTE)		
ÁGUA DESITRADA 10ml			ATADURA DE CREPON 15cm		
AMIODARONA			CAUTER TIPÓ ÓCULOS		
ATROFINA			EQUIPO MACROGOTAS		
CAPTROPIL 25mg			EQUIPO MACROGOTAS		
DICLOFENACO 75mg			ESPARADAPPO		
DIPRROMA 1g			FIA DE GLUCEMIA CAPILAR (CÓDIGO N°)		
ESCOPELAMINA (HIOSCINA)			GARROTE		
ESCOPELAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)			GASE ESTÉRIL (PACOTE)		
FENOTEROL GOTAS			GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100ml)		
FUROSEMIDA			JELCO N° 22		
GLUCOSE 5%			LANCOL DESCARTÁVEL		
HIDROCORTISONA 100mg			LUVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO		
HIDROCORTISONA 500mg			LUVA ESTÉRIL N°		
IPATROPIC GOTAS			MÁSCARA DESCARTÁVEL		
BORDIL 5mg			SCALP N°		
MELOCLOPAMIRINA			SERINGA N°		
PARACERAMOL GOTAS			SONDA DE ASPIRAÇÃO N°		
SOLUÇÃO DE GLUCOSE A 5%			OUTROS:		
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO					
SOLUÇÃO FISIOLÓGICO					
TERPITALINA					
OUTROS					

EVOLUÇÃO: A VEB /3 vai acordada pra pintar atendimento a Senhor fale da Seta. Saída laranja e como foi atropelado por um carro, consciente, orientada, apresenta movimento reflexo no MMT D, segundo de membro do seu lado, Unir. Radia, apurado SHT-DP II, P= 186mm, Sp= 2, G= 9%. Fibras deixa M2 no Hospital de Fatores e Intox. 100%.

ESCALA DE GLASGOW (Comunicação com o paciente)		ESCALA DE GLASGOW (Resposta à estimulação)		ESCALA DE GLASGOW (Resposta à manobra para a vítima)		RELAÇÃO DE MATERIAIS DEIXADOS NO HOSPITAL	
Estado:	4	Abertura Ocular:	Spontânea	Abertura Ocular:	Spontânea	Materias:	Quantidade
4	3	An estímulo Verbal	An estímulo Verbal	An estímulo doloroso	An estímulo doloroso	<input type="checkbox"/> Ambu	
3	2	Ao estímulo doloroso				<input type="checkbox"/> Base do Estabilizador Lateral da Cabeca	
2	1	Ausente				<input type="checkbox"/> Cúpula de Sustent	
1						<input type="checkbox"/> Colar Cervical Tamanho	
6	5	Obedece comando	Melhor resposta motora	Movimentação espontânea		<input type="checkbox"/> Estabilizador Lateral da Cabeca	
4	4	Localiza dor		Localizar dor (revida ao toque)		<input checked="" type="checkbox"/> Ked ( ) Adulto ( ) Infantil	
3	3	Retração ao estímulo doloroso		Retraida ao estímulo doloroso		<input type="checkbox"/> Maçã	
2	2	Flexão ao estímulo doloroso		Flexão ao estímulo doloroso		<input type="checkbox"/> Maçã à Vacuo	
1	1	(postura decorticada)		(postura decorticada)		<input type="checkbox"/> Máscara com Reservatório	
		Extensão ao estímulo doloroso		Extensão ao estímulo doloroso		<input type="checkbox"/> Máscara sem Reservatório	
		(postura descerbrada)		(postura descerbrada)		<input type="checkbox"/> Mascara de Nebulização	
		Ausente		Ausente		<input type="checkbox"/> Prancha Rígida	
						<input type="checkbox"/> Tala Tamanho	
						<input type="checkbox"/> Brinco Azulino	
						<input type="checkbox"/> Torpedo de OZ	
						<input type="checkbox"/> Tracionador de Fánum	
						<input type="checkbox"/> Outros:	
5	4	Orientado	Melhor resposta verbal	Bulhaço			
4	3	Confuso		Choro à irritado			
3	2	Palavras inapropriadas		Choro à dor			
2	1	sens inespecíficos		Gemitos à dor			
1		Ausente		Ausente			





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JOSE DA SILVA SOUSA

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.502.469 EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 20/04/17 E  
 CPF 71570956456 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTOR  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 500,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE DA SILVA SOUSA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br));

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)  
 BANCO \_\_\_\_\_ AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE \_\_\_\_\_
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO  
 BANCO 237 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL  
 BANCO 001 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ  
 BANCO 341 • AGÊNCIA \_\_\_\_\_ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_
- CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
 BANCO 104 • AGÊNCIA 0732 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 40.872-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL CAJAZEIRINHAS/PB DATA 08/06/18*A. Rogo*

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Firmino Leite da Costa Neto

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





CARTÓRIO REG.CIVIL E NOTAS-CAJAZEIRINHAS  
Rua Raimunda R.Pereira, 14, Centro, Cajazeirinhas - PB

Reconheço por semelhança, a(s) firma(s) de:

FIRMINO LEITE DA COSTA NETO

Dou fô. Cajazeirinhas/PB - 08/06/2018

Substituta: Arianny Keylla de França Sousa

Selo Digital:AGJ53844-KVH0

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$ 8,86 FARPEN R\$ 0,27 MP R\$ 0,14 FEPJ R\$ 2,20



*Arianny Keylla de França Sousa*  
CPF: 066.015.244-41  
Sub. Oficial



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:12:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015030137400000019900341>  
Número do documento: 19041015030137400000019900341

Num. 20457768 - Pág. 2

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOSE DA SILVA SOUSA, portador da carteira de identidade nº 4.502.469 e inscrito no CPF/MF sob o nº 715.709.564-56, residente e domiciliado na RUA PROJETA DA SIN, Cidade CAJAZEIRINHAS, Estado PARAIBA, 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:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso disorde do seu conteúdo.



Firmo Leite da Costa Neto

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

CAJAZEIRINHAS - PB, 08.06.2018

Local e data



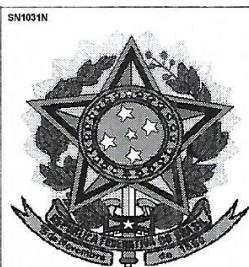
CARTÓRIO REG.CIVIL E NOTAS-CAJAZEIRINHAS  
Rua Raimunda R.Pereira, 14, Centro, Cajazeirinhas - PB

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:  
FIRMINO LEITE DA COSTA NETO  
Dou fôr. Cajazeirinhas/PB - 08/06/2018  
Substituta: Arianny Keylla de França Sousa  
Selo Digital: AGJ53846-RDW3  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CARTÓRIO DE CAJAZEIRINHAS  
POSSIDONIO FERREIRA DE GUERRO  
Cart. Reg. Civil, Óbitos e Natos  
CNPJ: 09.205.865/0001-69  
(83) 3437-1008 - Cajazeirinhas-PB

Arianny Keylla de França Sousa  
CPF: 066.015.244-41  
Sub. Oficial





## CARTÓRIO "CEL JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

CNPJ/MF 09205816000126

POMBAL - PB - 1º OFÍCIO

FRANCISCO NÓBREGA QUEIROGA

Tabelião e Registrador

ANA CRISTINA FORMIGA DE QUEIROGA  
Substituta

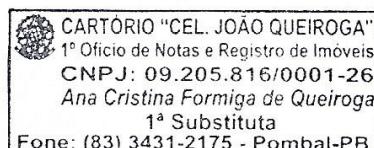
### ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARAÇÃO QUE FAZ JOSÉ DA SILVA SOUSA, COMO SEGUE:

Saibam todos quantos esta pública escritura virem, que, no dia VINTE E SETE(27) do mês de SETEMBRO do ano de dois mil e dezoito (2018), nesta cidade de Pombal, Estado da Paraíba neste, Cartório do 1º Ofício inscrito no CNPJ. sob o nº 09.205.816/00001-26, perante mim, Tabelião, compareceu como outorgante o Sr.JOSÉ DA SILVA SOUSA- portador da C.I.RG.nº 4.502.469-SSP-PB e CPF.nº 715.709.564-56, brasileiro, agricultor, residente e domiciliado na rua projetada, s/n centro- na cidade de Cajazeirinhas-PB, data de nascimento 14.10.1971, reconhecido como o próprio de mim, Tabelião, do que dou fé. E por ele me foi declarado o seguinte: Que reside na rua Projetada, s/n - na cidade de Cajazeirinhas-PB, e que Declara, sob as penas da lei, que está impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal- IML, para fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que não há estabelecimento de IML na cidade em que reside Cajazeirinhas-PB, através desta informação permito 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 Lider 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 acima mencionada, e 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 impugna-la, caso discorde do seu conteúdo; e que é possuidor da conta poupança de nº 40.872-9, Agencia nº 0732, Op. 013, Banco nº 104- Caixa Econômica Federal, número do sinistro-3180292536, data do acidente 01/08/2016, natureza: invalidez, e que a conta já citada é de sua titularidade, na qual será efetuado o pagamento/crédito da indenização, tais informações cumprem a exigência documental constante na carta nº 13041839, enviado ao segurado declarante, devido aos formulários: Autorização de

Rua Cel. José Fernandes, 529, Centro - POMBAL-Paraíba - Fone: 83 3431-2175 / Fax: 00000000



Pagamento e Declaração e inexistência de IML, estarem pendente de regularização; desejando fazer a presente declaração pública para os fins de direito. **Boleto bancario 03108824. Sigre 01485791.** Assim disse o declarante, do que dou fé. A pedido do mesmo lavrei a presente escritura, a qual feita e lhe sendo lida, achou conforme, outorga, aceita e assina, tudo perante mim, Tabelião, do que dou fé. O outorgante declarante por ser não alfabetizado, deixa o sinal digital, assina a rogo FIRMINO LEITE DA COSTA NETO- RG.nº 3470628-SSDS-PB, residente nesta cidade de Pombal-PB, Comigo, Francisco Nóbrega Queiroga, Tabelião Público que o escreve e assino em público e raso de que uso. Em testemunho (o original) da verdade. O Tabelião, Francisco Nóbrega Queiroga. Pombal, 27 de setembro de 2018. (AS) **FIRMINO LEITE DA COSTA NETO.** Confere com original, dou fé. Pombal, 27 de setembro de 2018. A Tabelião Substituta.



Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba  
**SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO**

Tipo Normal A

Escritura sem valor declarado

**AHG77704-M3YG**

Confira os dados do ato em:

<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emolumentos R\$: 47,40

FARPEN R\$: 28,22 FEPJ R\$: 8,72

Rua Cel. José Fernandes, 529, Centro - POMBAL-Paraíba - Fone: 83 3431-2175 / Fax: 00000000



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:12:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015044604800000019900444>  
 Número do documento: 19041015044604800000019900444

Num. 20457874 - Pág. 2

ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS  
As: 30301980 - AC SAO BENTINHO  
SAO BENTINHO - PB  
CNPJ....: 34028316811691 Ins Est.: 160745500

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOL SEGU  
CNPJ/CPF.....: 09248608000104  
Doc. Post.....: 282625955  
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709  
Cartao.: 62267655

Movimento..: 11/06/2018 Hora.....: 08:48:15  
Caixa.....: 86826567 Matricula..: 84770104  
Lancamento.: 004 Atendimento: 00001  
Modalidade.: A Faturar ID Tiquete.: 1482625213

DESCRICAÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATÉ 30	1	21,75+
Valor do Porte(R\$) ..:	21,75	
Peso real (G).....:	150	
CNPJ/CPF Remet :	71570956456	
Nome Remetente..:	Jose da silva sousa	
Endereco Remet..:	RUA projetada,00 - centro	
Cep Remetente..:	58855-000	
Cidade Remet...:	CAJAZEIRINHAS	
UF Remet.....:	PB	
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,31+
Valor do Porte(R\$) ..:	29,31	
Cep Destino:	20031-205 (RJ)	
Peso real (G).....:	150	
OBJETO.....:	DV525277867BR	

D V 5 2 5 2 7 7 8 6 7 B R

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 51,06

Valor Declarado não solicitado(R\$)  
No caso de objeto com valor,  
utilize o serviço adicional de valor declarado.

A FATARAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima  
prestado(s), o(s) qual(is) pasarei mediante  
apresentação de fatura. Os valores constantes  
deste comprovante poderão sofrer variações de  
acordo com as cláusulas contratuais

Nome: RG:  
Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78

Ganhe tempo! Baixe o APP de Pré-Atendimento d  
os Correios! E  
ncomenda cilíndrica ou esférica i  
mplica cobrança adicional de R\$ 20,00.

VIA-AGENCIA

SARA 7.8.01





## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

Seguradora Líder • DPVAT

#### IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSÉ DA SILVA SOUSA

DATA DO ACIDENTE 01.08.2016 CPF DA VÍTIMA 755.709.564-56

#### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É JOSÉ DA SILVA SOUSA  
 ENDEREÇO DO PORTADOR S/N COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO CIDADE CASAREI NHAS UF PB CEP 58.855-000  
 E-MAIL TELEFONE (83) 99655-0248

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

#### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPP DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO (ORIGINAL)

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA, MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - \* Morte = R\$ 13.500,00
  - \* Morte + invalidez permanente = até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 6.194/74.
  - \* INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 2.700,00 (REembolso), este valor varia conforme o total de despesas comprovadas.
- \* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REembolso ATÉ R\$ 2.700,00 (REembolso), este valor varia conforme o total de despesas comprovadas.
- \* O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- \* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- \* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE 11.06.18 DATA 11/06/18 MATR. CORREIOS 84770/0

IDENTIDADE Eva Letícia R. Calixto NOME Eva Letícia R. Calixto

ASSINATURA Eva Letícia Rosário Cali Mat.: 8.477.010-4

Agente de Correios - Atv Comer



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DA SILVA SOUSA

Nº Sinistro: 3180292536  
Vitima: JOSE DA SILVA SOUSA  
Data do Acidente: 01/08/2016  
Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180292536**.

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 13038845



**CAIXA Loterias**

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

150-589406710-0

30/MAI/2018 HORA DF 14:15:41

---

LOT: 13.22983-0 TERM: 048193  
LOCALIDADE: CAJAZEIRINHAS  
AG. VINCULADA: 0732 CONTROLE: 957242212

DEPÓSITO EM DINHEIRO  
0732 013 00040872-9

JOSE DA SILVA SOUSA

VALOR : 8,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

150-589406710-0

1ª VIA



**HOSPITAL REGIONAL DEP-JANDIJHY CARNEIRO**  
**RUA HORACIO NOBREGA, S/N**  
**PATOS PARAIBA (83)3423-2741**

Prontuario: 77265 Data/Hora 1/8/2016 01:24:44  
 Ocorrência: OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO

Servidor do Dr.: \_\_\_\_\_

Paciente JOSE DA SILVA SOUSA Idade:44 Sexo M  
 Filiação  
 Pai: ANTONIO FRANCISCO DA SILVA  
 Mãe: JOSEFA DA SILVA SOUSA

Endereço  
 Cidade: CAJAZEIRINHAS - PB - 58855-000 - 2503753  
 Endereço: SITIO SANTANATA TEREZINHA N.  
 Bairro: ZONA RURAL  
 Naturalidade: POMBAL - PB  
 Fone:

Documentos  
 CNS:  
 Identidade:  
 CPF:  
 Reg. Nasc.:

Informações adicionais  
 Nascimento: 14/10/1971  
 Cor: PARDA  
 Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
 Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável: \_\_\_\_\_  
 ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)  
*Petônias de fármaco, com fluxo leito exposto e nível do bexado (D) + fluxo de gás (E)*

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aperelhos)  
*GF: pupas mortidas em pé (D) + crevículas de mico (E)*  
*GDS: Pote liberado da vagina fechado por dobra profunda.*

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

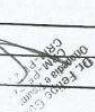
Diagnóstico: *Fluxo leito exposto (fluxo) + nível do bexado (D)*  
 Motivo da Alta: *Melhorado*

Resultado: ( ) Saiu Curado  Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em, 04/08/16  
 Recepção: Elma



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO PATOS - PARAÍBA		
Nome do Paciente: <i>José da Silva Souza</i>		Nº Prontuário: <i>77265</i>
Data da Cirurgia	03/08/16	Enf.
Cirurgião	<i>Dr. Felipe Góes</i>	1º Auxiliar
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesista	<i>JR Félix</i>	Tipo de Anestesia
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Laringe laxeado com hérnia de formigão (D) (fralda)</i>		
Tipo de Cirurgia <i>Hérnia + fístula externa + redutor de gurgil</i>		
+ Laxante de gurgil (C)		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante à Cirurgia		
DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA		
Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligadura - Draining - Sutura - Material Empregado - Aspectos Fisiológicos		
<i>1) Abre sob direção</i> <i>2) Angra tempo estéril</i> <i>3) Lança com fita</i> <i>a) Detoridante</i> <i>5) Retirada de tecido do fralda</i> <i>6) Fundo externo = nível de fralda</i> <i>7) Sutura de pele</i> <i>8) Curativo</i> <i>9) Abertura estéril de gurgil (C Circunferencial)</i>		



 <b>HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"</b> HOSPITAL REGIONAL DE PATOS DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO		<b>PATOS - PARAÍBA</b> <b>EVOLUÇÃO CLÍNICA</b> <b>ENFERMARIA</b>	
PACIENTE: <u>José do silva Souza</u> LEITO: _____ REG.: <u>77265</u>			
DATA	HORA		
04/04/16	09:30	<u>introdan</u> <u>Re: utero &amp; hawn, em flua.</u> <u>com exoft 2 mm do bocal abu</u> <u>(Hus)</u> . <u>6º Revisão de extirpação de</u> <u>MDD mamas</u> <u>04-04-16</u>	
			
04/04/16		<u>Nr bem, s/ fras. fo</u> <u>luz</u> <u>cab aplicaçao tópico + salo</u> <u>impón + s/ o atop dia in</u> <u>ontadas</u>	
			





GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO



Júnio Ribeiro 7-103

### REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME:

Júnio da Silva

DA CLÍNICA  
A CLÍNICA

infecções  
laringite

ENFERMARIA  
LEITO

72  
03

MOTIVO DA CONSULTA:

(ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO  
E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)

Rins laringite

03-08-16

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

Paciente holofílico sem queixas  
Cardiologista, Nevo vro de medicamento.  
Ps = 130x80 mmhg.

ECG = Normal.

Riso Circunfuso = Baixo Riso

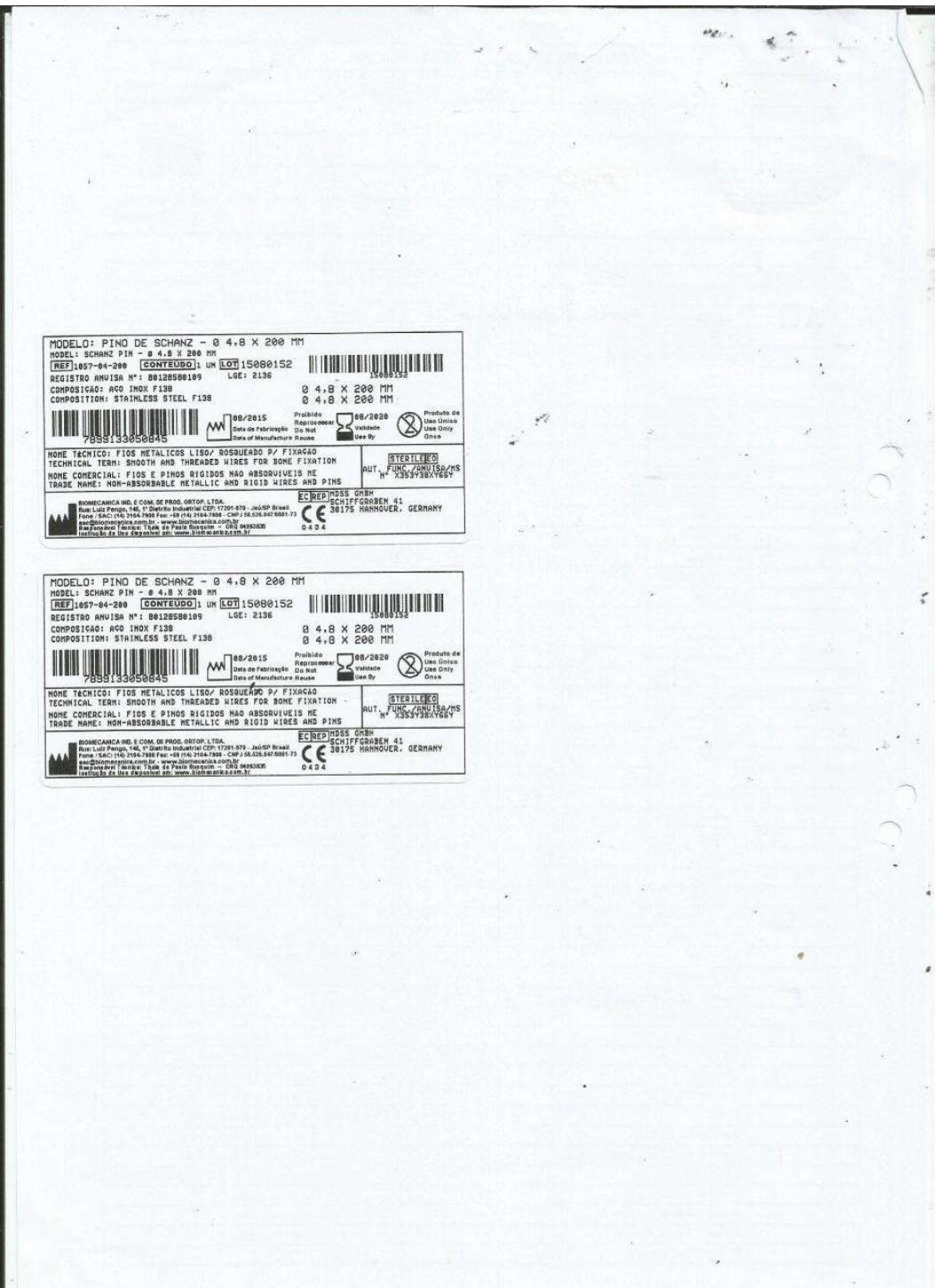
03/08/16

DATA

ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE José da Silva Souza	LEITO	CONVÉNIO sus	IDADE 44	REGISTRO 77265	GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE
CIRURGIA Trat. cirúrg. fále exposta do	CIRURGIA Dr. Felipe				HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
ANESTESIA Rogério	ANESTESISTA Dr. Félix				
INSTRUMENTADORA Sergas	DATA 01-08-16	INÍCIO 03:20	TEMPO		
MATERIAL					
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL		
1	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue		
1	TX. Capnógrafo Sono Fisiológico	1	Scalp		
1	TX. Bomba de Infusão	1	Luvas Est. p/ Procedimentos		
1	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi n-24		
1	TX. Monitor Cardíaco-Respirador	1	Sonda de Foley		
1	TX. de Laser	1	Coletor de Urina		
1	TX. de Curativo	1	Seringa 1 ml		
1	TX. de Instalação S. Vesical	1	Seringa 3 ml		
1	TX. Sala	1	Seringa 5 ml		
1	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml		
1	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml		
1	TX. Oxímetro de Pulso	1	Eletrodos desc.		
1	Neocain (vermelha)	1	Atadura de Crepon 10cm		
1	Halotano	1	Atadura de Crepon 20cm		
1	Thionembutal	1	Atadura Geessada 10cm		
1	Quelicin	1	Sonda Uretral		
1	Pavulon	1	Sonda Nesiogástrica		
1	Dorminid	1	Éter Sulfúrico		
1	Fentanil 0,05mg	1	Dreno Penrose		
1	Xilestesina 5%	1	Dreno Sucção		
1	Inova!	1	Dreno de Tórax		
1	Xilocaina a 2%	1	Esparasíapo		
1	Etodimide	1	Xilocaina Gel		
1	Ketalar	1	Álcool 70%		
1	Pubicovaina 0,5%	1	PVPI Tintura		
1	Dimorf 0,2	1	Gases		
1	Lanexat 0,5ml	1	Algodão Hidrófilo		
1	Narcan	1	Algodão Ortopédico		
1	Forane	1	Clíxex		
1	Sufenta	1	Vaseline Estéril		
1	Diazepan	1	Aguilha descartável		
1	Água destilada 10ml	1	Pastilha de Formol		
1	Prostigmine	1	Fio Cromado 0 c/ agulha		
1	Atropina	1	Fio Cromado 0 s/ agulha		
1	Adrenalina	1	Fio Cromado 1 c/ agulha		
1	Efortil Cefazolina	1	Fio Cromado 1 s/ agulha		
1	Cefalotina 15g	1	Fio Cromado 2-0 c/ agulha		
1	Dixital (acetaminofeno)	1			
1	Plesil	1	MODELO: FIXADOR FBM 800 - FEMUR / TIBIA		
1	Dipirona	1	MODEL: FBM 800 - FEMUR/TIBIA FIXATOR		
1	Esperin 5000 VI	1	REF: 64621-00-000   DONENTUDO: UN LÖT 14100607		
1	Tilitil	1	REGISTRO ANVISA N°: 80128598111 LGE: 199		
1	Amicacina 500mg	1	COMPOSIÇÃO: ALUMINIO LIGA/ACO INOX F899		
1	Aguilha de Raque Descartável	1	COMPOSITION: ALUMINUM ALLOY/STAINLESS STEEL F899		
1	Abbocone 20 e 22	1	18/2014 Prolído Data de Fabricação: 18/09/2014 Reembolsável Data de Validade: 18/09/2019 Use Only Once		
1	Polycot 0 s/ agulha	1	STERILE AUT. FUNC./ANvisa/MS Nº: X355Y3BXY85Y		
1	Polycot 2-0 s/ agulha	1	EC REP: HOSS GMBH SCHIFFGRABEN 41 30178 HANNOVER, GERMANY		
1	Polycot 3-0 s/ agulha	1	0436		
1	Prolene 0 c/ agulha	1			



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:12:30  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015091252800000019900762>  
Número do documento: 1004101509125280000019900762

Num. 20458108 Pág. 6



GOVERNO DA PARAÍBA  
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO  
SECRETARIA DE SAÚDE

FOLHA DE ANESTESIA		Hospital: HRP	Enfermaria	Leito	Nº Prontuário: 77265												
Data: 01/04/16	Nome: JOSE DA SILVA SOUZA		Idade: 51	Sexo: F													
Pressão Arterial Pulsos: 100x70	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:													
Tipo Sanguíneo: Hemácias: Hemoglobina: Hematócrito:		Glicemias:	Uréia:	Outros:													
Urina:																	
Ap. Respiratório: TURNOVO			Asma: Bronquite														
Ap. Circulatório: NEMOD ESTAVEL			Eletrocardiograma														
Ap. Digestivo: CRESCENCIAIS Dentes: Pescoco:			Ap. Urinário:														
Estado Mental: CONFUSO / ALUCINADO Ataxicos: Corticoides:			Alergia: IMAO Hipotensores:														
Diagnóstico Pré-Operatório: FRAT. TORACICO			Estado Físico: Risco														
Anestesia Anteriores:																	
Medicação Pré-Anestésica: 9900		Aplicada às: 5:10h	Efeito:														
<p><b>INDUÇÃO</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Satisf.</td> <td>Excit.</td> <td>Tosse</td> </tr> <tr> <td>Laringo Espasmo</td> <td>Lenta</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Náuseas</td> <td>Vômitos</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Outros:</td> </tr> </table> <p>MANUTENÇÃO: 06, 07/16 minz, DIPRIVAN, GANTROLINA, DORAZOLAM, Fentanyl, Remifentanil</p> <p>Anestesia Crítica: Sim: Não: Não, porque:</p>						Satisf.	Excit.	Tosse	Laringo Espasmo	Lenta		Náuseas	Vômitos		Outros:		
Satisf.	Excit.	Tosse															
Laringo Espasmo	Lenta																
Náuseas	Vômitos																
Outros:																	
<p><b>DESPERTAR</b></p> <table border="1"> <tr> <td>Reflexos na SO:</td> </tr> <tr> <td>Obstr. CO<sub>2</sub>: Excit.:</td> </tr> <tr> <td>Náuseas: Vômitos:</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Outros:</td> </tr> </table> <p>Com cânula para o leito sim: não</p> <p><b>CONDICÕES</b></p>						Reflexos na SO:	Obstr. CO <sub>2</sub> : Excit.:	Náuseas: Vômitos:	Outros:								
Reflexos na SO:																	
Obstr. CO <sub>2</sub> : Excit.:																	
Náuseas: Vômitos:																	
Outros:																	
<p><b>CÓDIGO PV. ARTERIAL PULSO: OPERAÇÃO</b></p> <p>Simbólos e Anotações: Monox 63-64, Modum, Denovo, 250, LCN limpido, INJ 30ccaz</p> <p>Posição: Ura H10.05 + 12.5mg + Morfina 0.05g</p> <p>Agentes: Técnicas: RAQUIANESTESIA.</p> <p>Operador: FRAT. cirúrgico hav. exostos toracico</p> <p>Cirurgião: LIPU (LIPU)</p> <p>Anestesiologista: FELIX SOANE 7608</p> <p>Observações:</p> <p>Assinar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias</p>																	



<p><b>Top Implantes e Materiais Cirúrgicos Ltda</b> Rua Prof. Inácio Simões, 42 Centro - CEP 58.428-013 Belo Horizonte - MG (31) 3261-1000 Campina Grande - PB topimplantes@gmail.com</p>		<b>MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA</b>				
Hospital:	<i>H. R. de Portos</i>				Código:	
Procedimento:	<i>Fixação em HJD.</i>				Cód. do Procedimento:	
Paciente:	<i>José da Silveira Souza</i>					
Data da Cirurgia:	<i>01/08/16</i>		Prontuário N°:	<i>77.265</i>	Convênio:	<i>SUS</i>
Cirugião:	<i>Felipe Guedes</i>				Coódigo:	<input checked="" type="checkbox"/> Reposição <input type="checkbox"/> Caixa Pronta
<b>DESCRÍÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS</b>						
Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total		
01	<b>MODELO: FIXADOR FBM 800 - FÉMUR / TÍBIA</b> MODEL: FBM 800 - FEMUR/TIBIA FIXATOR REF: 008051-00-000 [CONTENDO]: UN Lote: 15090078 REGISTRO ANVISA N°: B0128588111 LGE: 2146 COMPOSIÇÃO: ALUMINIO LIGA/ACO INOX F899 COMPOSITION: ALUMINUM ALLOY/ STAINLESS STEEL F899 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>09/2015</span> <span>Proibido Reprocessar</span> <span>09/2028</span> <span>Validade</span> <span>Produto de Uso Único</span> <span>Use By</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>NUT</span> <span>WIRE</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>435270001925/MS</span> <span>A35270001925/MS</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>CE REP/0355 GRB</span> <span>SCHIFFGRABEN 41</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>BIOMECANICA IND. E COM. DE PROD. ORTOP. LTDA.</span> <span>30175 HANNOVER, GERMANY</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Rua Luiz Perdigão, 146, 1º Andar, Centro Industrial, 52100-070 - Belo Horizonte - MG, Brazil</span> <span>Fone: +55 31 3261-1000 Fax: +55 31 3261-1001 CEP: 58.428-013</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>E-mail: <a href="mailto:bio@biomecanica.com.br">bio@biomecanica.com.br</a> - <a href="http://www.biomecanica.com.br">www.biomecanica.com.br</a></span> <span>E-mail: <a href="mailto:bio@biomecanica.com.br">bio@biomecanica.com.br</a> - <a href="http://www.biomecanica.com.br">www.biomecanica.com.br</a></span> </div>	0702030406				
PARAFUSO CORTICAL. 3.5mm	Nº: Qtd. Cód.					
PARAFUSO CORTICAL. 4.5mm	Nº: Qtd. Cód.					
PARAFUSO ESPONJOSO. 4.0mm	Nº: Qtd. Cód.					
PARAFUSO ESPONJOSO. 6.5mm ESP. R/16 CURTA	Nº: Qtd. Cód.					
PARAFUSO ESPONJOSO. 6.5mm ESP. R/32 LONGA	Nº: Qtd. Cód.					
PARAFUSO MALEOLAR 4.5mm	Nº: Qtd. Cód.					
Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.						
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS						
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS Condições de pagamento: _____ Faturar N.F. para: _____ Cód. do consultor: _____ Total: _____ Nº do pedido: _____						





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3.3  
3/03  
LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PATOS  
Dª Maria Dilva Carlos Diniz

Sr(a): JOSE DA SILVA SOUSA  
Dr(a): NÃO INFORMADO  
Convênio: SUS - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Protocolo: 0000134013  
RG: NÃO INFORMADO  
Data: 03-08-2016 09:31  
Origem: 00 - unidade central  
Idade: 44 anos  
Destino: 00 - unidade central

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

[DATA DA COLETA: 03/08/2016 09:26]

Resultados Valores de Referências

SÉRIE VERMELHA

Eritrócitos .....	3.77 milhões/mm <sup>3</sup>	4,2 à 6,0 milhões/mm <sup>3</sup>
Hemoglobina .....	9,8 g/dL	13,5 à 16,0 g/dL
Hematócrito .....	30,2 %	40,0 à 52,5 %
V.C.M. ....	80 fL	82,0 à 92,0 fL
H.C.M. ....	26 pg	27,0 à 31,0 pg
C.H.C.M. ....	32 g/dL	32,9 à 36,0 g/dL
RDW .....	13,4 %	Isocitose : 11,5 à 15,0 %

SÉRIE BRANCA

Leucócitos .....	6.200 /mm <sup>3</sup> (%)	5.000 à 10.000 /mm <sup>3</sup> (/mm <sup>3</sup> )
Neutrofílicos .....	0	0
Promielóцитos .....	0	0
Mielócitos .....	0	0
Metamielócitos .....	0	0
Bastonetes .....	73,0	4.526 40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm <sup>3</sup>
Segmentados .....	2,0	124 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm <sup>3</sup>
Eosinófilos .....	0	0 0 à 2,0 % - até 100 / mm <sup>3</sup>
Basófilos .....		
Linfócitos .....	22,0	1.364 20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm <sup>3</sup>
Típicos .....	0	0
Atípicos .....	3,0	186 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm <sup>3</sup>
Monocitos .....		

PLAQUETAS, CONTAGEM DE .....

216.000 /mm<sup>3</sup>

Método: AUTOMATIZADO

Material: Sangue Total

Valores de Referência:  
150.000 a 450.000/mm<sup>3</sup>

Dr. Fabiana Santana de Oliveira  
CRBM-PB 2089

Rua Juvenal Ledo, S/N - Belo Horizonte, S/N - Patos - PB - CEP: 58.704-470 - Fone: (83) 3423.2837





ESTADO DA PARAÍBA

PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PATOS  
Dra Maria Dilva Carlos Diniz

Sr(a): JOSE DA SILVA SOUSA  
Dr(a): NÃO INFORMADO  
Convênio: SUS - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Protocolo: 0000134013 RG: NÃO INFORMADO  
Data: 03-08-2016 09:31 Origem: 00 - unidade central  
Idade: 44 anos Destino: 00 - unidade central

HEMATOLOGIA III

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO... 32.1 Segundos

[DATA DA COLETA: 03/08/2016 09:27 ]  
Material: null  
Método: null

Valores de Referência:  
ate 45 segundos.

TEMPO DE PROTROMBINA

[DATA DA COLETA: 03/08/2016 09:27 ]  
Material: SANGUE

TEMPO DE PROTROMBINA.... 15.3 segundos

Valor de referência: 10 à 15 segundos

ATIVIDADE ENZIMÁTICA DA PROTROMBINA..... 75.4 %

Valor de referência: 70 à 100 %

INR..... 1,2

Valor de referência: 0.9 à 1.25

Dr. Diogo da Siqueira Leite  
CRF-PB 3382

Rua Juvenal Ledo, S/N - Belo Horizonte, S/N - Patos - PB - CEP: 58.704-470 - Fone: (83) 3423.2837





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PATOS  
Dra Maria Dilva Carlos Diniz

Sr(a): JOSE DA SILVA SOUSA      Protocolo: 0000134013      RG: NÃO INFORMADO  
Dr(a): NÃO INFORMADO      Data: 03-08-2016 09:31      Origem: 00 - unidade central  
Convênio: SUS - HOSPITAL REGIONAL DE PATOS      Idade: 44 anos      Destino: 00 - unidade central

BIOQUIMICA

GLICOSE ..... 72 mg/dl

[DATA DA COLETA: 03/08/2016 09:27 ]  
Material: Soro  
Método: AUTOMATIZADO

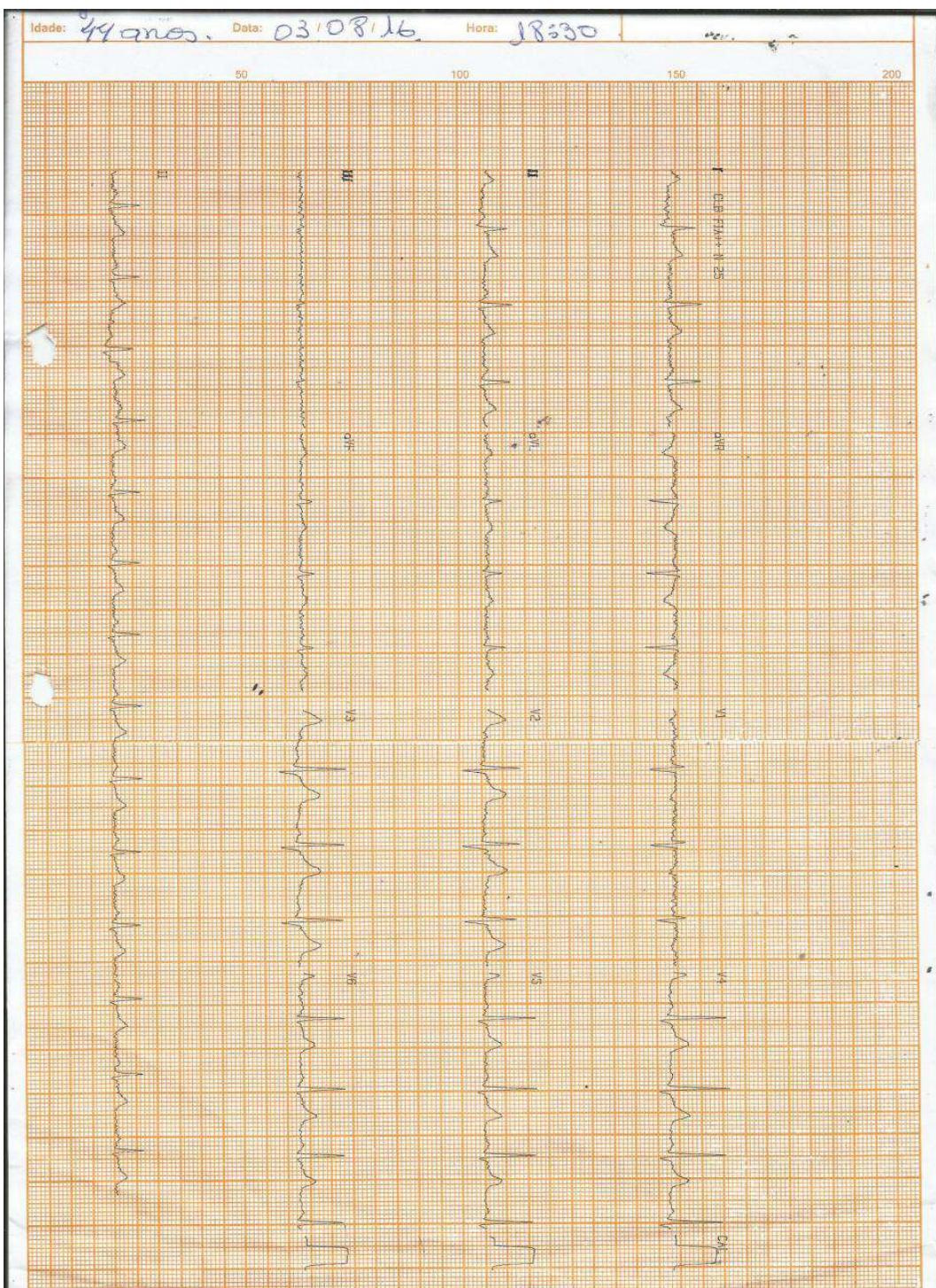
Valores de Referência:  
Glicemia de jejum:

50 a 99 mg/dL ..... Normal  
100 a 125mg/dL ..... Pré Diabetes  
Maior ou igual a 126mg/dL ..... Diabetes melitus /  
Gestacional

Dr. Fabiana Santana de A. Silveira  
CRBM-PB 2985

Rua Juvenal Ledo, S/N - Belo Horizonte, S/N - Patos - PB - CEP: 58.704-470 - Fone: (83) 3423.2837







()



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO ▾

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados à Seguradora Líder-DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

### SINISTRO 3180292536 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE DA SILVA SOUSA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

**BENEFICIÁRIO** JOSE DA SILVA SOUSA

**CPF/CNPJ:** 71570956456

#### Posição em 10-04-2019 15:04:46

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
19/11/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

#### Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
02/11/2018	Interrupção de Prazo	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/b__yphqsqrjMnU3FqlQ1TjA=api_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXEyzGBAfG63f62wsgRs02fY0=">Download</a>
04/07/2018	Aviso de Sinistro	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/eTG8HL3gjmGj__Z9FtCjyCapi_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXEyzGBAfG63f62wsgRs02fY0=">Download</a>
04/07/2018	Exigência Documental	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qa2lMGnje2XHxXduyWBSNwapi_key=hCYm6iGzvmjfElJEWJOXEyzGBAfG63f62wsgRs02fY0=">Download</a>

#### Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

[www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo](http://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo)

1/3



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:12:40  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015100773900000019900819>  
 Número do documento: 19041015100773900000019900819

Num. 20458256 - Pág. 1



10/04/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes](#))
- › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
- › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
- › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
- › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))
- › Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT ([/Seguro-DPVAT/Download](#))

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Termos-de-Uso.aspx](#))





Dr. Waldir Souza

Tomada Médica  
Paciente José da Silva Souza  
Máximo de abdome e  
fossa no peito direito, apresentando  
dor ao toque em falso + canto  
máximo intenso, que incorpora  
definição para estender sua  
extensão latente's

ad. T92  
S82.  
16.03.18

Dr. Waldir J. Souza  
Ortopedista e Traumatólogo  
CRM 327 TSP RJ  
 CTO  
Clínica de Trauma  
e Ortopedia





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PODER JUDICIÁRIO**

2<sup>a</sup> Vara Mista de Pombal

**Processo n°:** 0800375-80.2019.8.15.0301

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

**Assunto:** [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

**Autor(a):** JOSE DA SILVA SOUSA

**Ré(u):** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

**DESPACHO**

*Vistos.*

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e arts. 8º e 139, II, ambos do CPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do CPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do CPC.

**3. Certifique-se** a existência ou não de processo ativo ou baixado contendo as mesmas partes, pedido e causa de pedir.

4. CITE-SE/INTIME-SE a parte requerida, por carta com AR ou outro meio idôneo, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), cientificando-a, ainda, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais arbitro desde já no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), cujo depósito deve ser comprovado nos autos em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba.



Assinado eletronicamente por: JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA - 22/05/2019 00:39:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051718571390400000020681142>  
Número do documento: 19051718571390400000020681142

Num. 21275980 - Pág. 1

5. Por economia processual, no prazo de defesa a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

6. Apresentada contestação, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias (arts. 350 e 351 do CPC), podendo, no mesmo prazo, apresentar seus quesitos a serem respondidos pela perícia, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

7. NOMEIO o Dr. Rodolpho Dantas Mafaldo Pinto, CRM/PB 8679, cujos dados estão disponíveis na escrivania, para a realização do exame pericial, independentemente de compromisso.

8. Após os prazos dos itens 3 e 5, comunique-se o perito acerca da sua nomeação, por e-mail, requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Pombal/PB. Com a informação intimem-se as partes para, no dia e hora indicados, comparecerem ao local de realização da perícia médica.

9. Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos apresentados pelas partes, além dos seguintes quesitos do Juízo: a) Há lesão nos membros inferiores do autor que lhe cause debilidade? b) As lesões comprometem as funções de que membros? c) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas?

10. Após a apresentação do laudo pericial, intimem-se as partes para se manifestar no prazo comum de 05 (cinco) dias.

11. Adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito, depois de apresentado o laudo, expedindo o competente alvará ou transferindo-se os honorários periciais para conta bancária de titularidade do expert.

12. Em seguida, venham os autos conclusos.

Cumpra-se com os expedientes e diligências necessárias.

POMBAL, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]  
**JOSÉ EMANUEL DA SILVA E SOUSA** – Juiz de Direito em substituição



Valor da causa: R\$ 10.125,00



Assinado eletronicamente por: JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA - 22/05/2019 00:39:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051718571390400000020681142>  
Número do documento: 19051718571390400000020681142

Num. 21275980 - Pág. 3



**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
2ª VARA DA COMARCA DE POMBAL**

Rua: José Guilhermino de Santana, 414, Bairro Petrópolis, CEP 58.840-000 Fones: (83) 3431-2298/3113 Fax: (83) 431-3112

---

**CERTIDÃO**

Certifico e dou fé que, em consulta aos sistemas STI/SISCOM, consulta processual do TJPB e PJE, NÃO verifiquei a existência de feito idêntico proposto pela parte requerente em tramitação ou arquivado com as mesmas partes, pedido ou causa de pedir. Dou fé.

Pombal-PB, 2 de outubro de 2019.

**HAROLDO CAMILO DOS SANTOS**  
Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: HAROLDO CAMILO DOS SANTOS - 02/10/2019 09:07:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100209070550200000024136942>  
Número do documento: 19100209070550200000024136942

Num. 24944089 - Pág. 1



**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PODER JUDICIÁRIO**

2<sup>a</sup> Vara Mista de Pombal

**Processo n°:** 0800375-80.2019.8.15.0301

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

**Assunto:** [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

**Autor(a):** JOSE DA SILVA SOUSA

**Ré(u):** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

**DESPACHO**

*Vistos.*

1. Defiro os benefícios da Justiça Gratuita.

2. Tendo em vista que demandas desta natureza normalmente exigem a produção de prova pericial para que as partes encontrem estímulos para se conciliar, à luz do princípio da duração razoável do processo e da eficiência, art. 5º, XXXVI, da CF e arts. 8º e 139, II, ambos do CPC, deixo de designar a incontinenti audiência de conciliação do art. 334 do CPC, que poderá ser aprazada em outro momento, na forma do art. 139, V, do CPC.

**3. Certifique-se** a existência ou não de processo ativo ou baixado contendo as mesmas partes, pedido e causa de pedir.

4. CITE-SE/INTIME-SE a parte requerida, por carta com AR ou outro meio idôneo, para contestar no prazo de 15 (quinze) dias (art. 335 do CPC), sob pena, não o fazendo, ser considerada revel (art. 344 do CPC), cientificando-a, ainda, de que deverá arcar com os honorários periciais, os quais arbitro desde já no importe de R\$ 200,00 (duzentos reais), cujo depósito deve ser comprovado nos autos em até 10 (dez) dias após a data de realização da perícia, nos termos do Convênio 015/2014, firmado com o Tribunal de Justiça da Paraíba.



Assinado eletronicamente por: JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA - 22/05/2019 00:39:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051718571390400000020681142>  
Número do documento: 19051718571390400000020681142

Num. 24944498 - Pág. 1

5. Por economia processual, no prazo de defesa a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A deverá apresentar os quesitos que deseja que sejam respondidos pelo perito e, querendo, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

6. Apresentada contestação, a parte autora deve ser intimada para que se manifeste no prazo de 15 (quinze) dias (arts. 350 e 351 do CPC), podendo, no mesmo prazo, apresentar seus quesitos a serem respondidos pela perícia, indicar assistente técnico e arguir impedimento ou suspeição do perito, se for o caso.

7. NOMEIO o Dr. Rodolpho Dantas Mafaldo Pinto, CRM/PB 8679, cujos dados estão disponíveis na escrivania, para a realização do exame pericial, independentemente de compromisso.

8. Após os prazos dos itens 3 e 5, comunique-se o perito acerca da sua nomeação, por e-mail, requisitando desde já, data e horário para realização de perícia no Fórum de Pombal/PB. Com a informação intimem-se as partes para, no dia e hora indicados, comparecerem ao local de realização da perícia médica.

9. Cientifique-se o perito, informando-lhe de que deverá responder aos quesitos apresentados pelas partes, além dos seguintes quesitos do Juízo: a) Há lesão nos membros inferiores do autor que lhe cause debilidade? b) As lesões comprometem as funções de que membros? c) Qual o grau de debilidade provocada pelas lesões identificadas?

10. Após a apresentação do laudo pericial, intimem-se as partes para se manifestar no prazo comum de 05 (cinco) dias.

11. Adotem-se as providências necessárias ao pagamento do perito, depois de apresentado o laudo, expedindo o competente alvará ou transferindo-se os honorários periciais para conta bancária de titularidade do expert.

12. Em seguida, venham os autos conclusos.

Cumpra-se com os expedientes e diligências necessárias.

POMBAL, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]  
**JOSÉ EMANUEL DA SILVA E SOUSA** – Juiz de Direito em substituição



Valor da causa: R\$ 10.125,00



Assinado eletronicamente por: JOSE EMANUEL DA SILVA E SOUSA - 22/05/2019 00:39:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19051718571390400000020681142>  
Número do documento: 19051718571390400000020681142

Num. 24944498 - Pág. 3