



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

24944 089	02/10/2019 09:07	Ato Ordinatório	Ato Ordinatório
24944 498	02/10/2019 09:16	Expediente	Expediente

**EXCELENTÍSSIMO (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



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 cominada 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 e 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 resolução, 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 ressarcido, 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 é 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 benefício, 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 procedimental, 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 tribunalfederal 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 ressarcitório 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 ressarcitório. 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 APELAÇÃO 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 APELAÇÃO 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 PROVIDO 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 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





ESTADO DA PARAÍBA
República Federativa do Brasil
Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais

Guiomar Tavares Formiga
DISTRITO, MUNICÍPIO E COMARCA DE POMBAL

Marcos Tavares Formiga
OFICIAL

Eliakim Tavares Formiga
ESCREVENTE

Nascimento N^o 2.837

CERTIFICO que as folhas 77v do livro N^o 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 o minutos em o Hospital Dis-
trital desta Cidade

de sexo masculino

filh o 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 30/11/76

O referido é verdade e dou fé.

CARTÓRIO GUIOMAR TAVARES FORMIGA
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
Marcos Tavares Formiga
OFICIAL

Joaquina Dália Formiga Tavares
Escriturante - 1^o Esc

Maria Aparecida F. de S. Nóbrega
Escriturante - 2^o Esc

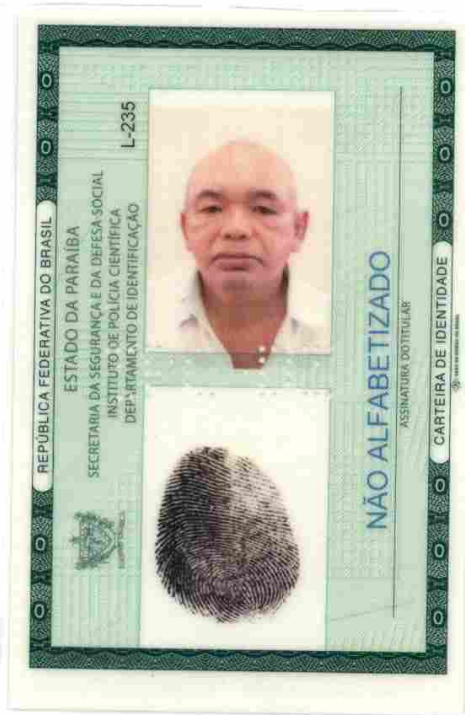
POMBAL

PARAÍBA

Pombal, 04 de novembro de 19 97

Marcos Tavares Formiga
OFICIAL





obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar 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 adequado. Não deixe que "entendidos" e "curtosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

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. Converse e discussão no trabalho predisponem a acidentes pela desatenção.

Leia e refita 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 consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-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 49977 Série 00034

Analfabeto

ASSINATURA DO PORTADOR



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Jose da Silva Sousa
 Loc. Nasc Pombal Est. PB Data 14/10/1971
 Filiação Antonio F. M. da Silva
Jose da Silva Sousa
 Doc. Nº cert. nasc. nº 2837, fus. 110, blo. A-4-

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em/...../..... Doc. Ident. Nº
 Exp. em/...../..... Estado
 Obs.:
 Data Emissão 27/09/2010 SRTE Bargazeimhas/PB

Assinado eletronicamente por: Jaqueline R. de F. Neto
 Assinatura: Jaqueline R. de F. Neto
 Matr. 00221-6

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome.....
 Doc.....
 Nome.....
 Doc.....
 Nome.....
 Doc.....
 Est. Civil.....
 Doc.....
 Est. Civil.....
 Doc.....
 Nascimento.....
 Doc.....



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



DESTAQUE AQUI

DAMIAO EZEQUIEL DE SOUSA

Roteiro: 17-228-390-8360

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

VENCIMENTO

03/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 25,16

MATRÍCULA

854131-2019- 03-2

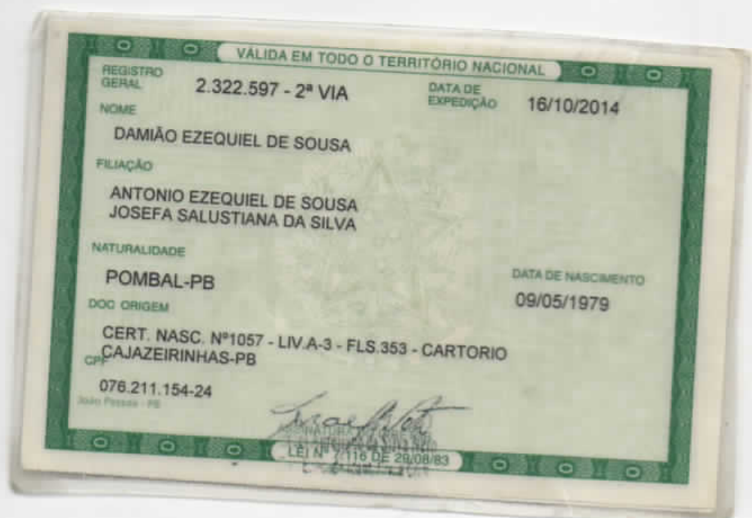


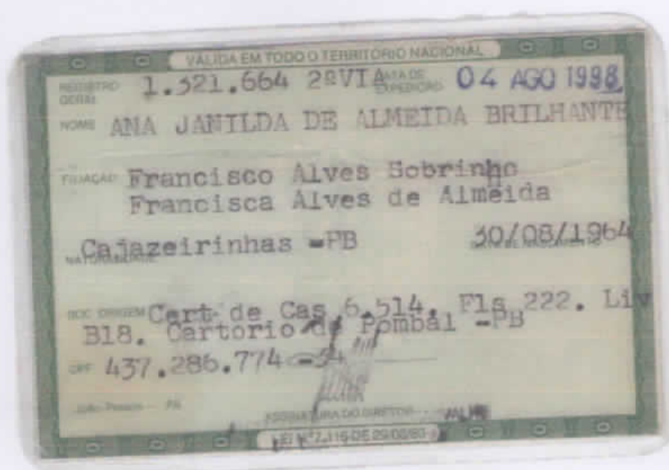
Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:11:40

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041014595560800000019900129>

Número do documento: 19041014595560800000019900129







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
RONNELE ALMEIDA ALVES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR
2581046 SSP PB

CIV
046.181.894-95

DATA NASCIMENTO
08/01/1980

FILIAÇÃO
FRANCISCO ALVES
SOBRINHO
FRANCISCA ALMEIDA
ALVES

PERMISSÃO
B

Nº REGISTRO
04499054171

VALIDADE
09/08/2023

1ª HABILITAÇÃO
12/11/2008

OBSERVAÇÕES
A:

ASSINATURA DO PORTADOR
Ronnele Almeida Alves

LOCAL
POMBAL, PB

DATA EMISSÃO
17/08/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
[Assinatura]

83454005600
PB037340050

PARAIBA

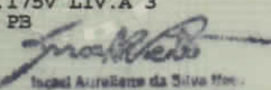
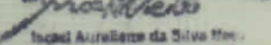
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1660635507

PROIBIDO PLASTIFICAR
1660635507





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	1.136.861 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/09/2012
NOME	MALBA DELIAN ALMEIDA ALVES		
FILIAÇÃO	FRANCISCO ALVES SOBRINHO FRANCISCA ALMEIDA ALVES		
NATURALIDADE	CAJAZEIRINHAS-PB	DATA DE NASCIMENTO	08/10/1965
DOC. ORIGEM	NASC. N. 2028 FLS. 175V LIV. A 3 CARTORIO POMBAL PB		
CPF	518.130.684-53		
Jólio Pessoa - PB		Assina  Firlmino Leite da Costa Neto	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83			



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 ENDERECO:** 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.



Márcia Delina Almeida PLV
- DECLARANTE -

Duas Testemunhas:

1. Jana Fátima de Almeida Brilhante
2. Robson de Almeida





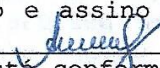
PROCURAÇÃO

Livro: 03
Folha(s): 43 à 43v

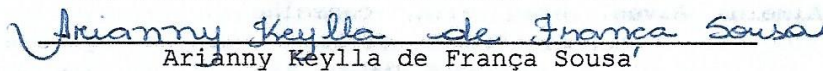
PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: José da Silva Sousa.

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 Nº 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 Nº 10.406/2002), maior, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 1136861 2ª via, 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 nº 23.383 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 Nº 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. Está conforme o original. Dou fé. Traslada hoje. Lavrada em 15 de Março de 2018, às fls. 43 a 43v. Emolumentos: R\$ 88,62; Taxa FARPEN: 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



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: AGJ53868-T913
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



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 03:00 horas

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: _____

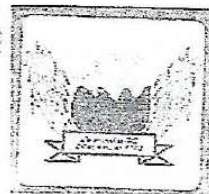
Policial responsável pela lavratura do boletim:

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





Prefeitura Municipal de CAIAZERINHAS-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: 08.08.16	Ocorrência nº: 360	Paciente/Vítima: Jairo da Silva Campos	Idade: 44 anos	Sexo: Masc.	Fern.:
Local da Ocorrência: PB 360			Médico Regulador:		
Apoio no Local: <input type="checkbox"/> PIM <input type="checkbox"/> Bombeiros <input type="checkbox"/> PRF <input type="checkbox"/> Agentes de Trânsito <input type="checkbox"/> Outros			QTA: MOTIVO:		

DESTINO

LOCAL 1: HRP

RESPONSÁVEL:

OBS:

LOCAL 2:

RESPONSÁVEL:

OBS:

CINEMÁTICA DO TRAUMA

<input type="checkbox"/> Queda da própria altura	<input type="checkbox"/> Queda > 5m	<input type="checkbox"/> Queda < 5m	<input type="checkbox"/> Queda de moto	<input type="checkbox"/> Sem capacete no incidente	<input type="checkbox"/> Capacete retirado por terceiros
<input type="checkbox"/> Carro	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Colisão frontal	<input type="checkbox"/> Colisão lateral	<input type="checkbox"/> Colisão traseira
<input type="checkbox"/> Carro x moto	<input type="checkbox"/> Moto x moto	<input type="checkbox"/> Carro x outro	<input type="checkbox"/> Moto x outro	<input checked="" type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Capotamento
<input type="checkbox"/> Sem cinto de segurança	<input type="checkbox"/> Airbag não acionado	<input type="checkbox"/> Número de vítimas no local	<input type="checkbox"/> Perca da direção do veículo	<input type="checkbox"/> Preso nas ferragens	
<input type="checkbox"/> Afogamento grávido	<input type="checkbox"/> Queimadura grávida	<input type="checkbox"/> Choque elétrico	<input type="checkbox"/> Desabamento	<input type="checkbox"/> Fáb	<input type="checkbox"/> Raf
<input type="checkbox"/> Outro:					
<input type="checkbox"/> Acidente esportivo	<input type="checkbox"/> Agressão física				
<input type="checkbox"/> Acidente com vítima peçonhento	<input type="checkbox"/> Escorpião	<input type="checkbox"/> Cobra	<input type="checkbox"/> Abelha	<input type="checkbox"/> Aranha	<input type="checkbox"/> Outro:
<input type="checkbox"/> Envenenamento com:					

EXAME FÍSICO

ENCONTRADO: <input type="checkbox"/> Decúbito dorsal	<input checked="" type="checkbox"/> Decúbito lateral	<input type="checkbox"/> Decúbito ventral	<input type="checkbox"/> Sentado	<input type="checkbox"/> Dentro do veículo	<input type="checkbox"/> Fora do veículo
<input type="checkbox"/> Deambulando	<input type="checkbox"/> Em cima de:				
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: <input type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Algo desorientado	<input type="checkbox"/> Inconsciente	<input type="checkbox"/> Hálito etílico	<input type="checkbox"/> Abuso de drogas
<input type="checkbox"/> Coma	<input checked="" type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Outro:			
QUEIXA PRINCIPAL: <input type="checkbox"/> Dor / local:	<input type="checkbox"/> Parestesia / local:	<input type="checkbox"/> Paralisia / local:			
<input type="checkbox"/> Outro:					

LESÕES APRESENTADAS:

<input type="checkbox"/> Escoriações / local: MMII, MISC	<input type="checkbox"/> Fratura incompleta / local:	<input type="checkbox"/> Ruptura muscular / local:
<input type="checkbox"/> Corte / local: MMII	<input type="checkbox"/> Fratura completa / local: DE TOMBAMENTO	<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 exposta / local: DE TOMBAMENTO	<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

VVAA: <input checked="" type="checkbox"/> LIVRE	<input type="checkbox"/> OBTURADA	<input type="checkbox"/> CORPO ESTRANHO	<input type="checkbox"/> SECREÇÕES
PADRÃO RESPIRATÓRIO: <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> IRREGULAR	<input type="checkbox"/> OUTRO:	
PULSOS: RADIAL <input checked="" type="checkbox"/>	CENTRAL <input checked="" type="checkbox"/>	FC: Inicial: 99 bpm / Final: 99 bpm	FR: Inicial: 19 irpm / Final: 19 irpm
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM		SpO2: 97 %	

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 cardíaco 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

<input type="checkbox"/> Colar cervical tam:	<input checked="" type="checkbox"/> Estabilizador lateral da cabeça	<input type="checkbox"/> TIRANTES	<input checked="" type="checkbox"/> PRANCHA RÍGIDA	<input type="checkbox"/> KED
<input checked="" type="checkbox"/> TALA DE EXTREMIDADES EM	<input type="checkbox"/> MACA VÁCUO	<input type="checkbox"/> MOBILIZAÇÃO DE OBJETO IMPALADO	<input type="checkbox"/> EXTRICAÇÃO	
<input type="checkbox"/> AVP COM ABOCATH Nº:	<input type="checkbox"/> MISE	<input type="checkbox"/> MSD SRI	<input type="checkbox"/> ml: SF 0,9%	<input type="checkbox"/> ml: 56
<input type="checkbox"/> MASCARA C/ RESERV	<input type="checkbox"/> CATETER NASAL	<input type="checkbox"/> VENTURI Nº:	<input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO C/ AMBU	<input type="checkbox"/> CÂMULA DE GUEDEL Nº:
<input type="checkbox"/> CÂMULA NASOFARÍGEA	<input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO VVAA	<input type="checkbox"/> MASCARA LARÍGEA Nº:	<input type="checkbox"/> SVD Nº:	<input type="checkbox"/> DU
<input type="checkbox"/> CURATIVO: <input type="checkbox"/> COMPRESSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> SIMPLES	<input type="checkbox"/> IRRIGAÇÃO OCULAR	<input type="checkbox"/> OLHO D	<input type="checkbox"/> OLHO E RCP:
<input type="checkbox"/> MEDICAÇÃO EM AMPOLAS: ADRENALINA:	mg	ATROPINA:	mg	DOPA:
<input type="checkbox"/> mg		DOSUBITA:	mg	AMIODARONA:
<input type="checkbox"/> mg				

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO:	COREN:	TÉC. ENFERMAGEM:	COREN:
CONDUTOR SOCORRISTA:	SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM (VISTO):	MÉDICO (VISTO):	
<input type="checkbox"/> ATENDIMENTO NO LOCAL	<input type="checkbox"/> RECUSA		

NOME:

RG:



DOCUMENTOS PESSOAIS: RG CPF TÍTULO DE ELEITOR HABILITAÇÃO PASSAPORTE OUTROS: _____

CELULAR: QUANTIDADE: _____ MARCA: _____ MODELO: _____

CARTÕES DE CRÉDITO: MASTER CARD VISA AMERICAN EXPRESS HÍPER CARD OUTROS: _____

CARTÕES DE BANCO: 1 2 3 NOMES DO BANCO: _____

DINHEIRO EM ESPÉCIE - VALOR R\$: _____

CALÇADOS (MARCA): _____ REGIÃO (MARCA): _____

BRINCOS (QUANTIDADE): _____ PULSEIRAS (QUANTIDADE): _____ ANÉIS (QUANTIDADE): _____

OUTROS: _____

DADOS DO RECEBEDOR

NOME DO PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PERTENCES: _____

SETOR: _____ FUNÇÃO: _____

ASSINATURA DO RECEBEDOR _____

CARIMBO DO RECEBEDOR _____

MEDICAMENTOS	QUANT.
AAS 100mg	
ADRENALINA	
ÁGUA DESTILADA 10ml	
AMIODARONA	
ATROPINA	
CAPTROPIL 25mg	
DICLOFENACO 75mg	
DIPIRONA 1g	
ESCOPIAMINA (HIOSCINA)	
ESCOPIAMINA COMPOSTA (BUSCOPAN COMP)	
FENOTEROL GOTAS	
FUROSEMIDA	
GLICOSE 50%	
HIDROCORTISONA 100mg	3
HIDROCORTISONA 500mg	
IPRATROPIC GOTAS	
ISORDIL 5mg	
METOCLOPRAMIDA	
PARACETAMOL GOTAS	
SOLUÇÃO DE GLICOSE A 5%	
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO	
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA	3
TERBUTALINA	
OUTROS	

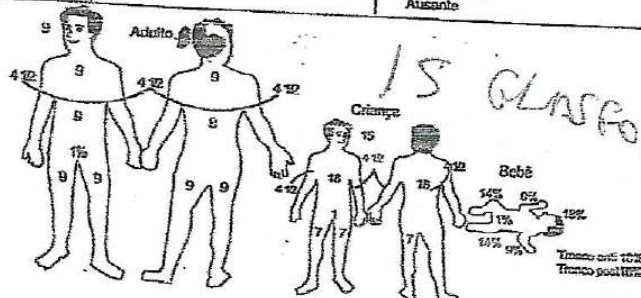
MATERIAS	QUANT.
ALCOOL (PINEIÃO) 50ml	
ALGODÃO (PACOTE)	
ATADURA DE CREPON 15cm	
CATETER TIPO OCULOS	
EQUIPO MACROGOTAS	
EQUIPO MACROGOTAS	
ESPARADRAPO	
FITA DE GLICEMIA CAPILAR (CÓDIGO Nº)	
GARROTE	
GASE ESTÉRIL (PACOTE)	
GASE NÃO ESTÉRIL (PACOTE COM 100unidades)	
JELCO Nº 27	
LANCOL DESCARTAVEL	1
LUIVA DE PROCEDIMENTO TAMANHO	
LUIVA ESTÉRIL Nº	
MÁSCARA DESCARTAVEL	
SCALP Nº	
SERINGA Nº	
SONDA DE ASPIRAÇÃO Nº	
OUTROS:	

EVOLUÇÃO: A USF 13 foi encaminhada para Pronto Atendimento a Senhora Irma da S. Silva, Sousa, Liliama, a mesma foi atendida por um carro, com enfermeira, assistente, operante, praticante, usf 13, no M.M.D. seguida de beicinho no dia 11/04/2019 Radio, Opinaldo SSU-DR 11/04/2019 P= 68/50mm, SpO2 94%, Pulso 94mmHg, Meia de pressão 15/8/4, S.B. 36,4°C

ESCALA DE GLASGOW Comunicação P/ Hospital de Ratos e Intorno

ESCALA DE GLASGOW		ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA MOTORA		MELHOR RESPOSTA VERBAL	
Escore	Abertura Ocular	Escore	Movimentação espontânea	Escore	Localiza dor	Escore	Orientado
3	Spontânea	3	Localiza dor (rolada ao toque)	5	Obedece comando	5	Confuso
2	Ao estímulo verbal	2	Retirada ao estímulo doloroso	4	Localiza dor	4	Pelavras inapropriadas
1	Ao estímulo doloroso	1	Flexão ao estímulo doloroso (postura decortada)	3	Retirada ao estímulo doloroso	3	Pelavras inapropriadas
	Ausente		Flexão ao estímulo doloroso (postura decortada)	2	Extensão ao estímulo doloroso (postura decortada)	2	sonr inapropriadas
			Extensão ao estímulo doloroso (postura decortada)	1	Ausente	1	Ausente
			Ausente				

Relação de Materiais	Quantidade
<input type="checkbox"/> Ambu	
<input type="checkbox"/> Bico do Estabilizador Lateral da Cabeça	
<input type="checkbox"/> Cálculo de Guedes	
<input type="checkbox"/> Colar Cervical Tamentis	
<input type="checkbox"/> Estabilizador Lateral da Cabeça	
<input type="checkbox"/> Red () Adulto () Infantil	
<input type="checkbox"/> Mace	
<input type="checkbox"/> Mace a Vácuo	
<input type="checkbox"/> Máscara com Reservatório	
<input type="checkbox"/> Máscara sem Reservatório	
<input type="checkbox"/> Máscara de Nebulização	
<input type="checkbox"/> Prancha Rígida	
<input type="checkbox"/> Tala Tamentis	
<input type="checkbox"/> Tenteio Amante	
<input type="checkbox"/> Torpedo de O2	
<input type="checkbox"/> Tracionador de Fêmur	
<input type="checkbox"/> Outros:	





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 715709564-56 / CNPJ 00000000-0000-00, 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);

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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

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

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 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 fé. 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 FEPI R\$ 2,20



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

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

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 PROJETADA 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 discorde do seu conteúdo.



Firmino 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 fé. Cajazeirinhas/PB - 08/06/2018
Substituta: Arianny Keylla de França Sousa
Selo Digital: AGJ53846-RDW3
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Email: RSE 286 FARDENIRSE 27 MD PSE 14 FEPIDSE 2 20

[Handwritten signature]



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

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



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:12:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015040678500000019900396>

Número do documento: 19041015040678500000019900396

SN1031N

**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:

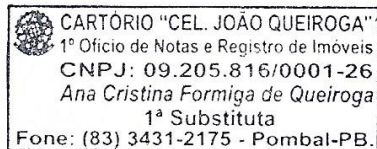
Saibam todos quantos esta pública escritura virem, que, no dia VINTE E SETE (27) do mês de SETEMBRO do ano de dois mil e dezoito (2018), nesta cidade de Pombal, Estado de da Paraíba neste, Cartório do 1º Ofício inscrito no CNPJ. sob o nº 09.205.816/00001-26, perante mim, Tabelião, compareceu como outorgante 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 lida e sendo lida, achou conforme, outorga, aceita e assina, tudo perante mim, Tabelião, do que dou fé. O outorgante declarante por ser não albetizado, 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 escrevi e assino em público e raso de que uso. Em testemunho (o sinal) 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.

Ana Cristina F. de Queiroga



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



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

COMPROVANTE DO CLIENTE

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

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

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 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		

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 FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei 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
recomenda cilíndrica ou esférica i
implica cobrança adicional de R\$ 20,00.

VIA-AGENCIA SARA 7.8.01

DV 52527786 7 BR





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE DA SILVA SOUSA

DATA DO ACIDENTE 01.08.2016 CPF DA VÍTIMA 735.709.564-56

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É JOSE DA SILVA SOUSA

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA PROJETADA

Nº 514 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

CIDADE CASARETINAS UF PB CEP 58.855-000

E-MAIL _____ TELEFONE (33) 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)

☒ CPF 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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ 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)

☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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

• MORTE = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÃO
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• 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 FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 11.06.18

IDENTIDADE

4502469

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 14/06/18 MATR. CORREIOS 8422010

NOME

Eva Letícia R. Calixto

ASSINATURA

Agente de Correios - Ativ. Comer

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE DA SILVA SOUSA

Nº Sinistro: 3180292536

Vítima: 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

Pag. 01707/01708 - carta_01 - INVALIDEZ

00020854



CAIXA ECONOMICA 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

0732-013-90872-9

Espaço reservado para preenchimento do número da conta

Obs.: Em breve você estará recebendo o seu cartão magnético de Depósito

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800-726 2492 0800-725 7474

Reclamações, sugestões e elogios. Atendimento a pessoas com deficiência auditiva ou de fala. Ouvidoria

37.158.0004 17580430380415



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"
PATOS - PARAIBA

Nome do Paciente: <u>João da Silva Souza</u>		Nº Prontuário: <u>77265</u>
Data da Cirurgia: <u>03/08/16</u>	Enf.	Leito
Cirurgião: <u>Dr. Felipe Mendes</u>	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesiista: <u>JR Felix</u>	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Tumor cístico epita de bexiga (1) (tubo) + cisto de gland (2)</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>Hist + tumor externa + redução de gland</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato do Patologista		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Cirurgia		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- 1) Incisão abdominal
- 2) Tumor sempre estivo
- 3) Tumor com 1 fôx.
- 4) Debridamento
- 5) Redução de cisto de bexiga
- 6) Tumor externa - nível de bexiga
- 7) Sutura de pele
- 8) Curativo

9) Redução externa de gland (2) (circunferência)

RECEBIDO
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA
03/08/2016
14:17
Dr. Felipe Mendes



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

PATOS - PARAÍBA
EVOLUÇÃO CLÍNICA
ENFERMARIA

PACIENTE: José do Silva Sousa

LEITO:

REG.: 77265

DATA	HORA	REG.: 77265
01/03/16		<p><u>ortopedias</u></p> <p>Re. dorso e tórax, em flum. (como capota 2. nível do botebê e até (Húis).</p> <p>GF. Pequeno de extensão de MDS marcos</p> <p>OR) - 1 VIM</p>
04/03/16		<p>Mex. Dor, 2 pontos. 90. lux</p> <p>col = C4-C5 + pncs + sub lumbos + Alt = de atop de in outa cas</p>





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

500 1st 72/03




REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: <u>João da Silva</u>	
DA CLÍNICA <u>Adoles</u>	ENFERMARIA <u>72</u>
A CLÍNICA <u>Cardiologia</u>	LEITO <u>03</u>
MOTIVO DA CONSULTA: (ESPECIFICAR OS DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO)	
<u>Riss Circunfer</u>	
<u>03-08-16</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO CONSULTANTE
PARECER:	
<u>Paciente Holaguto sem fuxis</u> <u>Cardiologues, Neys via de medicação</u> <u>Pa = 130 x 80 mmHg.</u> <u>ECG = Normal.</u> <u>Riss Circunfer = Baixo Riss</u>	
<u>03/08/16</u>	
DATA	ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE <i>João da Silva Sousa</i>					GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DR. JANDUHY CARNEIRO
QT. <i>1</i>	LEITO	CONVÊNIO <i>Mus</i>	IDADE <i>44</i>	REGISTRO <i>77265</i>	
CIRURGIA <i>Trat. cirurg. fob. exposta do</i>		CIRURGIÃO <i>Dr. Felipe</i>			
ANESTESIA <i>Rapen</i>		ANESTESISTA <i>Dr. Felix</i>			
INSTRUMENTADORA <i>Sergio</i>		DATA <i>01.08.16</i>	INÍCIO <i>03:20</i>	FIM	

MATERIAL			
QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
<i>1</i>	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
<i>1</i>	TX. Capnógrafo <i>Soro f. injeção</i>		Scalp
	TX. Bomba de Infusão	<i>1</i>	Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi <i>1-24</i>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico		Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico		Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
<i>1</i>	Neocain <i>pena</i>		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dominid		Éter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esparradrapo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%		PVPi Tintura
<i>1</i>	Dimorf <i>0,2</i>		Gases
	Lenexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
<i>11</i>	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
<i>1</i>	Efortil <i>Cefazolina</i>		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
<i>1</i>	Dixtal <i>Quicapetona</i>		
	Plasil		
<i>1</i>	Diprona		
	Espirin 5000 Vi		
	Tilatil		
<i>1</i>	Amicacina 500mg		
	Agulha de Raque Descartável		
	Abbocote 20 e 22		
	Polycot 0 s/ agulha		
	Polycot 2-0 s/ agulha		
	Polycot 3-0 s/ agulha		
	Prolene 0 c/ agulha		

MODELO: FIXADOR FBH 800 - FÊMUR / TÍBIA
 MODEL: FBH 800 - FEMUR/TIBIA FIXATOR
 REF: 80001-00-000 CONTEÚDO: 1 UN (LOT) 14100687
 REGISTRO ANVISA Nº: 80128580111 LGE: 1998
 COMPOSIÇÃO: ALUMINIO LIGA/450 INOX FB99
 COMPOSITION: ALUMINUM ALLOY/ STAINLESS STEEL FB99

10/2014 Proibido Reproduzir 10/2015 Proibido Usar
 Date of Manufacture Date of Use Only

NOTE TÉCNICO: FIXADORES EXTERNOS
 TECHNICAL TERM: EXTERNAL FIXATOR
 NOTE COMERCIAL: FAMÍLIA DE FIXADOR EXTERNO - BH
 TRADE NAME: LINE OF EXTERNAL FIXATORS - BH

FABRICANTE:
 BIOMECÂNICA H&C COM. DE PROD. ORTOP. LTDA.
 Rua: Lúcio Pires, 140 - 1º Distrito Industrial CEP: 13291-878 - Jd. SP. Brasil
 Fone: SAC (14) 214-2140 Fax: (14) 214-2148 CEP: 13291-878
 e-mail: biomecanica@biom.com.br - www.biomecanica.com.br
 Representação: Telen Teles de Paula Engenharia - CNA 0650006

CE 30175 HANNOVER, GERMANY
 0404



MODELO: PINO DE SCHANZ - Ø 4,8 X 200 MM
MODEL: SCHANZ PIN - Ø 4,8 X 200 MM
REF: 1097-04-200 [CONTEÚDO] UN LOT 15000152
REGISTRO ANVISA Nº: 80128508109 LGE: 2136
COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138 Ø 4,8 X 200 MM
COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138 Ø 4,8 X 200 MM

 7899133050845

08/2015 **08/2020**
 Proibido Representar
 Date of Fabrication Do Not Use By

Nome Técnico: FIOS METÁLICOS LISO/ ROSQUEADO E/ FIXAÇÃO
TECHNICAL TERM: SMOOTH AND THREADED WIRES FOR BONE FIXATION
Nome Comercial: FIOS E PINOS RÍGIDOS NÃO ABSORVÍVEIS RE
TRADE NAME: NON-ABSORBABLE METALLIC AND RIGID WIRES AND PINS

BIOMECÂNICA IND. E COM. DE PROD. ORTOP. LTDA.
 Rua Luis Pingu, 146, 7º andar, Indaiatuba/SP - CEP: 13201-070 - Jd. SP Brasil
 Fone: (16) 2104-7800 Fax: (16) 2104-7800 - CNPJ: 08.628.847/0001-73
 e-mail: biomecanica@biom.com.br - www.biomecanica.com.br
 Registro em 14/04/2010 - Tm de 14/04/2010 - CRJ 0493005
 Inscrição de Iva: 020.920.000.000 - www.020.920.000.000

EC REP: TISS GSH
SCHIFFGRABEN 41
30175 HANNOVER, GERMANY
CE 0404

MODELO: PINO DE SCHANZ - Ø 4,8 X 200 MM
MODEL: SCHANZ PIN - Ø 4,8 X 200 MM
REF: 1097-04-200 [CONTEÚDO] UN LOT 15000152
REGISTRO ANVISA Nº: 80128508109 LGE: 2136
COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138 Ø 4,8 X 200 MM
COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138 Ø 4,8 X 200 MM

 7899133050845

08/2015 **08/2020**
 Proibido Representar
 Date of Fabrication Do Not Use By

Nome Técnico: FIOS METÁLICOS LISO/ ROSQUEADO E/ FIXAÇÃO
TECHNICAL TERM: SMOOTH AND THREADED WIRES FOR BONE FIXATION
Nome Comercial: FIOS E PINOS RÍGIDOS NÃO ABSORVÍVEIS RE
TRADE NAME: NON-ABSORBABLE METALLIC AND RIGID WIRES AND PINS

BIOMECÂNICA IND. E COM. DE PROD. ORTOP. LTDA.
 Rua Luis Pingu, 146, 7º andar, Indaiatuba/SP - CEP: 13201-070 - Jd. SP Brasil
 Fone: (16) 2104-7800 Fax: (16) 2104-7800 - CNPJ: 08.628.847/0001-73
 e-mail: biomecanica@biom.com.br - www.biomecanica.com.br
 Registro em 14/04/2010 - Tm de 14/04/2010 - CRJ 0493005
 Inscrição de Iva: 020.920.000.000 - www.020.920.000.000

EC REP: TISS GSH
SCHIFFGRABEN 41
30175 HANNOVER, GERMANY
CE 0404





GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital: HRP		Enfermaria	Leito: 772/65
Nome: JOSE DA SILVA SOUZA		Idade: 71	Sexo: M
Pressão Arterial: 100 x 70		Respiração	Temperatura
Tipo Sanguíneo		Hemátias	Hemoglobina
Urina		Hematócrito	Glicemia
Ap. Respiratório: EUNORM		Asma	Bronquite
Ap. Circulatório: REMEDIADO		Eletrocardiograma	
Ap. Digestivo: URGÊNCIA		Dentes	Pescoço
Estado Mental: CONSC. / ALGO DEBILITADO		Alergias	Corticoides
Diagnóstico Pré-Operatório: FRAT. TORNOZELO		Estado Físico	Risco
Anestesia Anteriores			
Medicação Pré-Anestésica: 9:00 5:10L		Aplicada às	Efeito
Agentes Anestésicos		INDUÇÃO	
Líquido		Satisf. Excit. Tosse	
CÓDIGO		Laringo Espasmo Lenta	
P.V. ARTERIAL: PULSO: RESPIRAÇÃO		Náuseas Vômitos	
V.Z. ANESTESIA: OPERAÇÃO		Outros	
Simbolos e Anotações		MANUTENÇÃO	
Posição		Anestesia Satisf. Sim Não	
Agentes		Não, porque	
Técnicas		DESPERTAR	
Operações		Reflexos na SO	
Cirurgiões		Obstr. CO2 Excit.	
Anestesistas		Náuseas Vômitos	
Observações		Outros	
Anotar no verso, as complicações Pré-operatórias e Pós-operatórias		Com cânula	
		para o leito sim não	
		CONDIÇÕES	
		Cânula	





Top Implants e Material Cirúrgicos Ltda.
Rua Prof. Valdeir Simões, 42
Cametá - CEP 36.429-013
Fone: (35) 3322-2575
Cametá Grande - PB
topimplant@gmail.com

MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: H. R. de Portes Código: _____
Procedimento: Fixação em H.D. Cód. do Procedimento: _____
Paciente: José da Silva Sousa
Data da Cirurgia: 01/08/16 Prontuário N°: 77.265 Convênio: Sus
Cirurgião: Relis Gaudes Coódiço: _____ ☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unt.	Valor Total
01	<p>MODELO: FIXADOR FBM 800 - FEMUR / TÍBIA MODEL: FBM 800 - FEMUR/TIBIA FIXATOR REF: 80051-00-000 CONTEÚDO: 1 UN (LOT) 15000078 REGISTRO ANVISA N°: 80120580111 LGE: 2146 COMPOSIÇÃO: ALUMÍNIO LIGA/ACO INOX F899 COMPOSITION: ALUMINUM ALLOY/ STAINLESS STEEL F899</p> <p>09/2015 Proibido Representar 09/2020 Produto de Data de Fabricação Do Not Date of Manufacture Expires Use Only Once</p> <p>NOME TÉCNICO: FIXADORES EXTERNOS TECHNICAL TERM: EXTERNAL FIXATOR NOME COMERCIAL: FAMILIA DE FIXADOR EXTERNO - BN TRADE NAME: LINE OF EXTERNAL FIXATORS - BN</p> <p>BIOMECANICA MD E COM DE PROD. OTOP. LTDA. Rua Lúcio Pádua, 166, 1º Distrito Industrial CEP: 57201-879 - Jd. SP Brn Fone: SAC: (35) 3322-2575 Fax: (35) 3322-2576 CNPJ: 06.526.507/0001-73 E-mail: topimplant@gmail.com, www.topimplant.com.br Inscrição de Imitação: 0434</p>	0702030406		
	<p>MODELO: PINO DE SCHANZ - Ø 4,8 X 200 MM MODEL: SCHANZ PIN - Ø 4,8 X 200 MM REF: 1057-04-200 CONTEÚDO: 1 UN (LOT) 15000152 REGISTRO ANVISA N°: 80120580109 LGE: 2136 COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138 COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138</p> <p>08/2015 Proibido Representar 08/2020 Produto de Data de Fabricação Do Not Date of Manufacture Expires Use Only Once</p> <p>NOME TÉCNICO: FIOS METÁLICOS LISO/ ROSQUEADO P/ FIXAÇÃO TECHNICAL TERM: SMOOTH AND THREADED WIRES FOR BONE FIXATION NOME COMERCIAL: FIOS E PINOS RIGIDOS NÃO ABSORVÍVEIS DE TRADE NAME: NON-ABSORBABLE METALLIC AND RIGID WIRES AND PINS</p> <p>BIOMECANICA MD E COM DE PROD. OTOP. LTDA. Rua Lúcio Pádua, 166, 1º Distrito Industrial CEP: 57201-879 - Jd. SP Brn Fone: SAC: (35) 3322-2575 Fax: (35) 3322-2576 CNPJ: 06.526.507/0001-73 E-mail: topimplant@gmail.com, www.topimplant.com.br Inscrição de Imitação: 0434</p>			
PARAFUSO	N°			
CORTICAL. 3.5mm	Qtd.			
PARAFUSO	N°			
CORTICAL. 4.5mm	Qtd.			
PARAFUSO	N°			
ESPONJOSO. 4.0mm	Qtd.			
PARAFUSO	N°			
ESPONJOSO. 6.5mm	Qtd.			
ESP. R/16 CURTA	Cód.			
PARAFUSO	N°			
ESPONJOSO. 6.5mm	Qtd.			
ESP. R/32 LONGA	Cód.			
PARAFUSO	N°			
MALEOLAR 4.5mm	Qtd.			
	Cód.			

Obs.: O preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de pagamento: _____

Faturar N.F. para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

--	--

N° do pedido: _____



Assinado eletronicamente por: FIRMINO LEITE DA COSTA NETO - 10/04/2019 15:12:30

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041015091252800000019900762

Número do documento: 19041015091252800000019900762



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PATOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

LABORATÓRIO MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE PATOS
D^a Maria Dilva Carlos Diniz

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

Protocolo: 0000134013
Data: 03-08-2016 09:31
Idade: 44 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: 00 - unidade central
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 ³	4.2 à 6.0 milhões/mm ³
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 ³ (%)	5.000 à 10.000 /mm ³ (/mm ³)
Neutrófilos	0	0
Promielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	0	0
Segmentados	73.0	4.526 40 à 70 % - 1.800 à 8.500 / mm ³
Eosinófilos	2.0	124 0,5 à 6,0 % - até 500 / mm ³
Basófilos	0	0 0 à 2,0 % - até 100 / mm ³
Linfócitos	22.0	1.364 20 à 45 % - 1.000 à 3.500 / mm ³
Tipicos	0	0
Atípicos	3.0	186 2,0 à 10 % - até 1.000 / mm ³
Monócitos		

PLAQUETAS, CONTAGEM DE 216.000 /mm³

Método: AUTOMATIZADO

Material: Sangue Total

Valores de Referência:
150.000 a 450.000/mm³

Dr Fabiana Santana de A. Silveira
Dr Fabiana Santana de A. Silveira
CRM-PB 2085

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
D^a Maria Dilva Carlos Diniz

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

Protocolo: 0000134013
Data: 03-08-2016 09:31
Idade: 44 anos

RG: NÃO INFORMADO
Origem: 00 - unidade central
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:
até 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 de 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
D^a Maria Dílva Carlos Diniz

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

Protocolo: 0000134013

Data: 03-08-2016 09:31

Idade: 44 anos

RG: NÃO INFORMADO

Origem: 00 - unidade central

Destino: 00 - unidade central

BIOQUIMICA

GLICOSE 72 mg/dl

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

Material: Soro

Método: AUTOMATIZADO

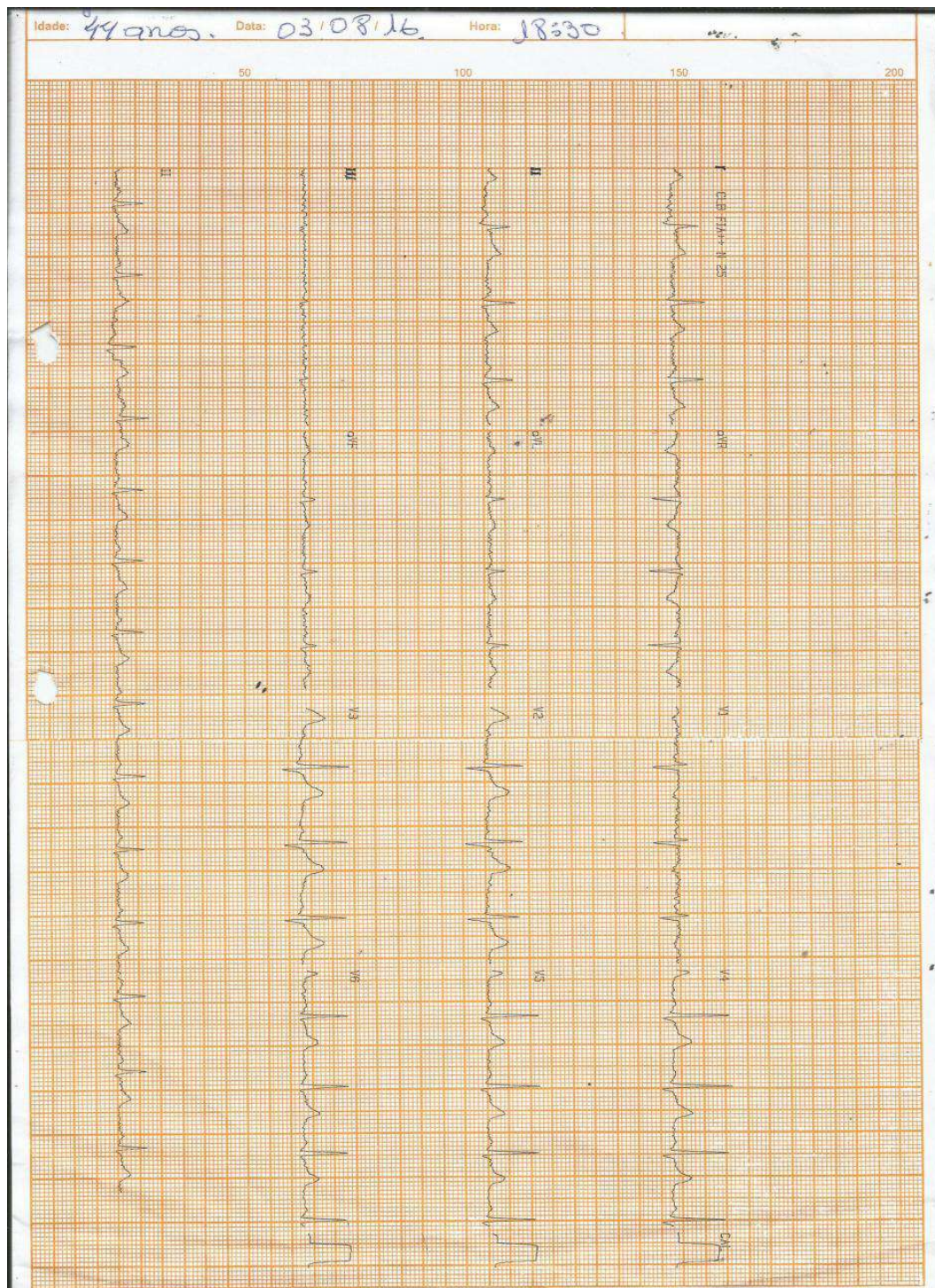
Valores de Referência:
Glicemia de jejum:

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

Fabiana
Dr^a 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







(1)



Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPrensaTRABALHE
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 para a entrega da documentação completa. 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	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/b__yphqsqrjMnU3FqIQ1TjA-api_key=hCYm6iGzvmjfelJEWJOXEyzGBAfG63f62wsgRs02fY0=)
04/07/2018	Aviso de Sinistro	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/eTG8HL3gjmGj__Z9FtCjyC-api_key=hCYm6iGzvmjfelJEWJOXEyzGBAfG63f62wsgRs02fY0=)
04/07/2018	Exigência Documental	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qa2IMGnje2XHxXduyWBSNw-api_key=hCYm6iGzvmjfelJEWJOXEyzGBAfG63f62wsgRs02fY0=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT





(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

2/3



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/telefonos-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 \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)





Lançamento Médico
Paciente Jose da Silva Souza
História de atropelamento e
fratura no Joelho Direito, após
terido atropelado em faixa + como
história recente, após incorporação
definitivamente para exercer suas
atividades laborais

A/d.: T92
S82.
16.03.18


Dr. Waerson J. Souza
Ortopedia e Traumatologia
CRM 30.714-1/RS






ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

2ª Vara Mista de Pombal

Processo nº: 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.



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 intuem-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, intuem-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





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





ESTADO DA PARAÍBA

PODER JUDICIÁRIO

2ª Vara Mista de Pombal

Processo nº: 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.



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 intuem-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, intuem-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

