



Número: **0800420-26.2019.8.15.1161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Piancó**

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                 |                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------|
| ORLANDO DAVID DE SOUSA (AUTOR)                             |                    | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)                      |                   |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)                              |                   |
| Documentos                                                 |                    |                                                               |                   |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                                     | Tipo              |
| 36070498                                                   | 29/10/2020 11:53   | <a href="#">Petição</a>                                       | Petição           |
| 36070701                                                   | 29/10/2020 11:53   | <a href="#">2660391_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a> | Outros Documentos |
| 36070707                                                   | 29/10/2020 11:53   | <a href="#">2660391_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>       | Outros Documentos |

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2016

Carta nº: 9978930

A/C: ORLANDO DAVID DE SOUSA

Sinistro: 3160658999 ASL-1131838/16  
Vitima: ORLANDO DAVID DE SOUSA  
Data Acidente: 06/04/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01439/01440 - carta\_01



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2016

Carta nº: 10028622

A/C: ORLANDO DAVID DE SOUSA

Sinistro: 3160658999 ASL-1131838/16  
Vítima: ORLANDO DAVID DE SOUSA  
Data Acidente: 06/04/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01501/01502 - carta\_02



Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10120965

A/C: ORLANDO DAVID DE SOUSA

Sinistro: 3160658999 ASL-1131838/16  
Vitima: ORLANDO DAVID DE SOUSA  
Data Acidente: 06/04/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ORLANDO DAVID DE SOUSA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000000634-3

Conta: 000010020687-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |          |
|------------------|-----|----------|
| Multa:           | R\$ | 0,00     |
| Juros:           | R\$ | 0,00     |
| Total creditado: | R\$ | 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

|                                         |     |          |
|-----------------------------------------|-----|----------|
| Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = | R\$ | 2.362,50 |
|-----------------------------------------|-----|----------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00785/00786 - carta\_15R





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

DOCUMENTO 1 \*T1\*



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, DALANDO DAVID DE SOUSAPORTADOR(A) DO RG Nº 1.131.237

EXPEDIDO POR

SSPIPBEM 05/07/85 ECPF 488572644-49 CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO FUNC. PÚBLICO

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DALANDO DAVID DE 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 reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0634-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 20.687-3

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

ITAPORANHA, 28 de JULHO

LOCAL E DATA

de 2016 Dalando David de Sousa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## 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\$ 1.700,00 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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:53:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911532124700000034444013>

Número do documento: 20102911532124700000034444013

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL  
28/07/2016 11:59:03  
217671986 11:59:03  
EXTRATO DE POLPANCA PARA SIMPLES/CONFERENCIA  
EXTRATO DE POLPANCA OURO/POUPEX  
AGENCIA: 0634-9  
CONTA: 20/587-3  
VARIACAO: 59  
CLIENTE: ORLANDO DAVID DE SOUSA  
DATA: 01/08/2016 HISTORICO VALOR

Marcos Aurelio Vidal  
28 OUT. 2016  
CORRETAGEM DE SEGUROS  
EIRELI - ME



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): Orlando David de Sousa  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Dr Joao Lucia, S/N 00  
Mariz Nova Olinda PB CEP: 58798-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 11221  
Data local do exame: [ 23/11/2016 ] Cajazeiras [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- Fratura da clavícula esquerda.**  
**Presença de diminuição dos movimentos de elevação e abdução do membro superior esquerdo, bem como da força muscular do mesmo.**  
**Presença de atrofia da musculatura do membro superior esquerdo, bem como da força muscular do mesmo. Presença de cavalgamento das extremidades fraturadas no terço distal da clavícula esquerda provocando encurtamento da mesma.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?  
( X ) Sim ( ) Não
- Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?  
( X ) Sim ( ) Não
- Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- Paciente deu entrada no hospital origem aonde foi transferido para o hospital de referencia aonde e foi tratado conservadoramente da fratura da clavícula esquerda com colocação de colete em oito. Recebeu alta e realizou fisioterapia.**  
**Data da alta: 10/2016.**  
**Foi tratado conservadoramente da fratura da clavícula esquerda com colocação de colete em oito por um período de 40 dias, Presença de diminuição dos movimentos de elevação e abdução do membro superior esquerdo, bem como da força muscular do mesmo. Presença de atrofia da musculatura do membro superior esquerdo, bem como da força muscular do mesmo. Presença de cavalgamento das extremidades fraturadas no terço distal da clavícula esquerda provocando encurtamento da mesma.**  
**Complicações: Sem complicações.**
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
( X ) Sim ( ) Não
- Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
- Presença de diminuição dos movimentos de elevação e abdução do membro superior esquerdo, bem como da força muscular do mesmo.**  
**Presença de atrofia da musculatura do membro superior esquerdo, bem como da força muscular do mesmo. Presença de cavalgamento das extremidades fraturadas no terço distal da clavícula esquerda provocando encurtamento da mesma.**
- Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> <p>( ) "Exame não permite conclusão"<br/><i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i></p> | <p>( ) "Sem sequela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>Membro superior - Esquerdo</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( X ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).
- ( ) Total = "100% da IS"
- V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. José Gerardo V. Matos**  
Médico | CRM - 3216  
CPF: 073.762.353-53





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE SEGURANÇA  
DOCUMENTO 1 - "T190"



IAL

ITAPORANGA

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

**Nº 433 /2016**

**Natureza da ocorrência:** ACIDENTE DE TRANSITO

**Data do fato:** 06 / ABRIL / 2016.

**HORAS:** 18h15min

**Sob a responsabilidade do Del. Pol.:** JOSE PEREIRA DE SOUSA

**Notificante / Vítima:**

ORLANDO DAVID DE SOUSA, natural de Nova Olinda/PB, Solteiro, Funcionario Publico, nascido no dia 12.04.69, filho de Antonio de Oliveira David da Silva e Ana Idalina de Sousa, RG 1.131.237/PB e CPF 488.512.644-49, residente na R. Dr. João Lucio s/n CJ.Mariz Nova Olinda/PB.

**HISTORICO DO FATO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Queno dia e horas acima citadas, dirigia-se de Santana dos Garrotes pra Piancó, pela BR 426, conduzindo o veículo GM/CELTA 2P LIFE, cor Preta, ano 2006/07, placa KPG3829SP e chassi 9BGRZ08907G169177, em nome de DANIEL ROSADO DE SOUSA e após passar pelo Lixão de Santana dos Garrotes/PB, um animal(jumento) atravessou a BR e ao tentar desviar do mesmo capotou o veículo, sendo então socorrido pelo SAMU.



Itaporanga, 24 / Jun / 2016.

*Orlando David de Sousa*  
Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Silva Rodrigues  
Escrivão de Polícia Civil  
Matrícula: 60.265-5





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Rilando David de Souza, portador da carteira de identidade nº 1.131.237 e inscrito no CPF/MF sob o nº 488.512.649-49, residente e domiciliado na Rua Dr. João Fúcio, S/N, Maria, Cidade Nova Olinda, Estado Paraná, 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.

Rilando David de Souza

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Itaporanga/PB, 28/07/2016.

Local e data





DOCUMENTO 2 \*124\*



## PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DOS GARROTES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

VENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

REGISTRO MÉDICO / ATENDIMENTO VTR: USB-14

## IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

|                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                                             |             |                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| DATA<br>06/04/2016                                                                                                                                                                                                                | OCORRÊNCIA Nº<br>28  | PACIENTE / USUÁRIO<br>Ondando Davi de Souza | IDADE<br>46 | SEXO<br><input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA<br>Br. 426                                                                                                                                                                                                    | BARRIO<br>Zona Rural | MEDICO REGULADOR<br>Dr. Carlos              |             |                                                                                 |
| APOIO NO LOCAL: <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:      |                      |                                             |             |                                                                                 |
| QTA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO: |                      |                                             |             |                                                                                 |

## TIPO DE AGRAVO

|                                                          |                                                      |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO | <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO                  |
| <input type="checkbox"/> AGRESSÃO                        | <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO                |
| <input type="checkbox"/> CLÍNICO                         | <input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO |
| <input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO        | <input type="checkbox"/> QUEDA _____ METROS          |
| <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO                    | <input type="checkbox"/> QUEIMADURAS                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> F.A.B.               | <input type="checkbox"/> OUTROS                      |
| <input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)                 |                                                      |
| <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO               |                                                      |
| <input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS                 |                                                      |

## ANTECEDENTES

|                                                    |                                                   |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AIDS                      | <input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL            |
| <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO                | <input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL             |
| <input type="checkbox"/> AVC                       | <input type="checkbox"/> DROGA                    |
| <input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS      | <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL     |
| <input type="checkbox"/> CONVULSÕES                | <input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES |
| <input type="checkbox"/> DIABETES                  | <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS             |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA           | <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS  |
| <input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA | <input type="checkbox"/> OUTROS:                  |

## DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: H.R. Franco RESPONSÁVEL: [Assinatura] FUNÇÃO: Médico

## MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES ☒ VÍCIO DE MARCOS

## TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: 28 OUT. 2016

## EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Apito em MSE + Helicóptero Local / Oligo respiração

## DADOS VITAIS

VAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☐ <30irpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm HgPA: 130 X 80 FC: 120 FR: 20 TEMP: 36 °C - GLICEMIA: \_\_\_\_\_ mg/dL - E. Com a: \_\_\_\_\_ SpO2s/O2: 98% SpO2c/O2: \_\_\_\_\_

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM / TÉC. EM ENFERMAGEM:

- ☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Cardíopulmonar Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfunção Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros

## INTERVENÇÕES

Apito SSU, mobilização, colar cervical a preencher, apito, comunique o médico regulador, transferido H.R. Franco / fatur, conforme sugestão médica

## EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO / TÉC. DE ENFERMAGEM:

Paciente masculino, 46 anos, deambulando, com trauma de cabeça, acidente automobilístico, ferimentos no abdômen e clavícula, apito SSU, com comunicação médica regulador, sugere simulação de cervical e preencher cervical, transferido H.R. Franco / fatur

**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

EPIC, gases estêreis, Atorax 15 cm.

**E.C.G.**

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

**EXAME NEUROLÓGICO**

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

**EXAME GINECO-OBSTÉTRICO**

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL \_\_\_\_\_ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS****DIAGNÓSTICOS****PROCEDIMENTOS**

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA  
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA  
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO  
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL  
☐ TALASITRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: \_\_\_\_\_

**TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)****EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)****ENCAMINHAMENTO**

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO  
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

**POSIÇÃO DE TRANSPORTE**

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVÇÃO DE CABEÇA (CABEÇA)

**RECUSA**

NOME: \_\_\_\_\_ R.G.: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE**

MÉDICO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_

ENFERMEIRO(A): \_\_\_\_\_ COREN: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_

AUX. TÉCNICO DE ENFERM.: \_\_\_\_\_ COREN: 304009 MAT.: \_\_\_\_\_

DUTOR: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ORLANDO DAVID DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00634-3

CONTA: 000010020687-5

---

---

Nr. da Autenticação 9AF0F5CA5D20724B



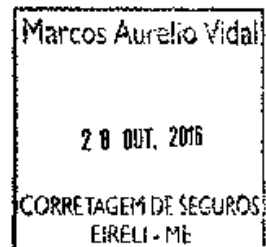


## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edilando David de SousaRG nº 1.131.237, data de expedição 05/07/85, Órgão SSP/PB,CPF nº 488.512.644-49, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                                                          |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Mr. João Puccio</u>                                               |
| Número                            | <u>310</u>                                                               |
| Apto / Complemento                | <u>Casa</u>                                                              |
| Bairro                            | <u>Mariz</u>                                                             |
| Cidade                            | <u>Nova Olinda</u>                                                       |
| Estado                            | <u>Paraíba</u>                                                           |
| CEP                               | <u>58.798-000</u>                                                        |
| Telefone de Contato               | <u>(83) 999471520 / (83) 996978811</u>                                   |
| E-mail                            | <u>sertao.asessoria@hotmail.com</u><br><u>edilsondpvatpb@hotmail.com</u> |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itaporanga/PB, 28/07/2016.Assinatura do Declarante: Edilando David de Sousa

DANA MARIANO DA SILVA  
RUA DR. JOAO LUCIO, SN - BA22  
NOVA OLINDA/PB CEP: 58175000 (AO: 154)

Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENDIMENTO FÍSICO  
Referência: Jul/2016  
Número: 00009412395  
Emissão: 08/07/2016

**Energisa**

ENERGISA PÁRQUE - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
R. 220, Pm 25 - Centro - Recife - PE CEP: 51041-600  
CNPJ: 06.956.163/0001-40 Ins. Est. 15.915.822-0  
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196  
Canal de contato: 0800 083 0196

Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196  
Site: www.energisa.com.br

Conta referência a: UC (Unidade Consumidora): 6/1322207-0

Canal de contato: 0800 083 0196

Apresentação: 08/07/2016

Data prevista da próxima leitura: 09/08/2016

CPF CNPJ/RAT: 00009412395

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Anterior: 07/06/16  
Atual: 08/07/16  
Constante: 08/07/16  
Constante: 08/07/16

Marcos Aurelio Vidal  
28 OUT. 2016  
CORRETAGEM DE SEGUROS  
EIRELI - ME



DOCUMENTO 1 "T196"



EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS  
RUA MANOEL PEREIRA CARA, 55 - CENTRO  
ITAPORANGA/PA CEP: 68700000 (40/154)

**Energisa**

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Razão: 2 - 164 - 25 - 2780  
Nº medidor: 00008705001

ENERGISA PARÁ - GESTORA DE ENERGIA S.A.  
8-230, Km 25 - Distrito Redentor - Jato Preto - PA - CEP: 68071-680  
CNPJ: 08.954.893/0001-40 Ins. Est: 16.015.823-0  
Nota Fiscal/Contrato Energia Elétrica Nº 000-458-211  
Código para DTE/Autorização: 0000027034

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/27683-4**

Jun / 2016

Canal de contato

Apresentação

13/06/2016

Data prevista da  
próxima leitura

14/07/2016

CPE/ CNPJ/ RANI

3924108409  
Pos. Est.

| Anterior |         | Atual    |         | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data     | Leitura | Data     | Leitura |           |         |      |
| 12/05/16 | 8578    | 13/06/16 | 8573    | 1         | 65      | 37   |

**Faturas em atraso**

FATURAS VENCIDAS ATÉ  
O DIA 06/05/2016 PAGAS  
OBRIGADOR

| Demonstrativo              |            | Preço      | Valor (R\$) |
|----------------------------|------------|------------|-------------|
| Descrição                  | Quantidade |            |             |
| Consumo em kWh             | 95         | R\$ 419,17 | 29,72       |
| ICMS                       |            |            | 14,43       |
| PIS                        |            |            | 0,84        |
| COFINS                     |            |            | 2,64        |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS     |            |            |             |
| CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA |            |            | 6,80        |
| JUROS DE MORA 05/2016      |            |            | 0,06        |
| MULTA 05/2016              |            |            | 0,55        |

**Histórico de Consumo  
(kWh)**

|        |    |
|--------|----|
| Ma/16  | 79 |
| Abr/16 | 82 |
| Mai/16 | 75 |

Marcos Aurelio Vidal

28 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS  
EIRELI - ME



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:53:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911532124700000034444013>

Número do documento: 20102911532124700000034444013

Num. 36070701 - Pág. 14

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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

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

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos, portador(a) do

RG nº 5.652.161, expedido por SSPI/PE, em

30/04/96, CPF/CNPJ nº 039.247.064-09,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Flaviano

David de Sousa do sinistro de DPVAT da natureza invalidez

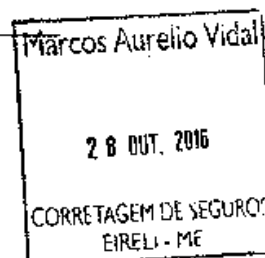
da vítima Flaviano David de Sousa, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

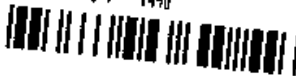
Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ — Recusa-2

Documentos comprobatórios: — Recusa-2

Edilson Rodrigues dos Santos  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



DOCUMENTO 4 \*T46\*



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Daniel Rosado de Sousa  
RG nº 2770605, data de expedição 25/08/2010  
Órgão SSP. PB, portador do CPF nº 059973274-18 com  
domicílio na cidade de Nova Olinda, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua = João de Sousa, nº 414,  
complemento 1300, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Orlando David de Sousa o condutor era  
O mesmo.

Veículo: GM Celta 2 P LIFE  
Modelo: 2007  
Ano: 2006  
Placa: KGP 3829  
Chassi: 3 BGRZ 08907G 169177  
Data do Acidente: 06-04-2016  
Local e Data: BR-426

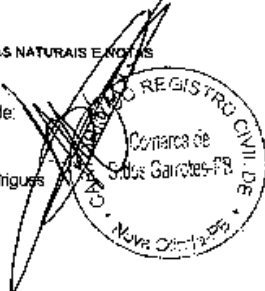
Daniel Rosado de Sousa  
Assinatura do Declarante

Orlando David de Sousa

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

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E NOTAS  
Avenida Doutor João Luífo, 10 - Centro

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
Daniel Rosado de Sousa  
Dou fe: Nova Olinda/PB - 14/07/2016  
Escrevente: Marcelo Gonzaga de Sousa Rodrigues  
Selo Digital: ADR12633-3ESA  
Acesse o site <https://salodigital.tjpb.jus.br>



Marcos Aurelio Vidal

28 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS  
EIRELI - ME



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES



DOCUMENTO S \*1596\*



AUTORIZAÇÃO PARA REMOÇÃO DE PACIENTE

De: Hospital Regional de Pernambuco PB

Para: Hospital Regional de Pernambuco

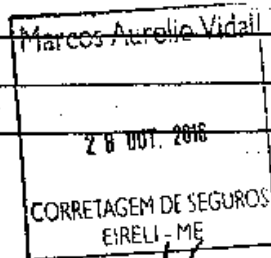
Paciente: Gilandro Barreto de Sá

Endereço:

Diagnóstico: Pac. com lesão mielo-ligamentar em coluna cervical esquerda após trauma em trânsito

Motivo da Transferência: ausência de estrutura

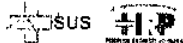
veículo Recomendado: suporte básico



Data: 06/09/16  
Dr. Joana Durelli  
CRM PB 5786

ASSINATURA DO MÉDICO





ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.298/002378  
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PATOS JANDUHY CARNEIRO  
ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N  
CIDADE: PATOS ESTADO: PARAÍBA UF: 26  
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (AUTOMÓVEL)  
Paciente: ORLANDO DAVID DE SOUSA  
Mãe: ANA IDALINA DE SOUSA  
Nascimento: 12/4/1969 Idade: 46 Cor: PARDA Sexo: M  
Profissão: FUNCIONÁRIO(A) PÚBLICO  
Endereço: DOUTOR JOAO LUCIO Num.:  
Bairro: CONJUNTO MARIS 2 Fone: (83)99992-2824  
Cidade: NOVA OLINDA - PB - 58798-000 - 2510204  
CNS: 700-2039-8549-9023 Identidade: 1131237 SSP/PB  
CPF: Reg. Nasc.:  
Data / Hora: 6/4/2018 20:35:11 Recepcionista: Iara  
Ficha Número: 134184 68739

PESO: PA: TEMP: 68739

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

- CARÁTER DO ATENDIMENTO
- ☐ 01 - ELETIVO
  - ☐ 02 - URGÊNCIA
  - ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
  - ☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
  - ☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

Marcos Aurelio Vidal  
28 OUT. 2018  
CORRETAGEM DE SEGUROS  
EIRELI - ME

CID-10

| MEDICAÇÃO                             |                                         | ENCAMINHAMENTO                      |                                     |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA | <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO     | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO |
| <input type="checkbox"/> 2. APLICADA  | <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL | <input type="checkbox"/> ÓBITO      | <input type="checkbox"/> OUTROS     |

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

|     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 - | 0 | 3 | 0 | 3 | 0 | 9 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| 2 - |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3 - |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbo

Médico / Cmm / Ona

RALFF LOPES DE MEDEIROS PEREIRA LIMA - 4821 - 128-3279-990095

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Folha nº 0001

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo





GOVERNO DA PARAÍBA  
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

*Oslandio de V. Silva*

*R. Uto*

*Alfina 1.000  
Teresina 01/08/87*

*[Signature]*

*Dr. Marcos Aurelio Vidal  
Traumato - Ortopedia  
CRM-PB 2038*

Rua Horácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte  
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

Marcos Aurelio Vidal  
 28 OUT. 2016  
 CORRETAGEM DE SEGUROS  
 EIRELI - ME





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANÇO  
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES  
CÓDIGO DO CNES: 2600331 CNPJ/CPE: 09.178.268/0031-86  
ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPO FILHO, 302  
MUNICÍPIO: 58765-000 - PIANÇO, ESTADO: PARAÍBA, UF: PB

PACIENTE

NOME: *Delacorte, Edmilson da Silva* SEXO: M, RAÇA: A  
PROFISSÃO: *professor* DOCUMENTO: *2234237*  
ENDEREÇO: *Av. João Agripino Filho, 302*  
MUNICÍPIO: *Pianço* ESTADO: *Paraíba*  
CÓDIGO DE REGISTRO: *060426* DATA DE NASCIMENTO: *06/04/2076*

1 - AMARELO 2 - INDIGENA 3 - OUTRO

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

*Exame de trauma*  
*contusão em*  
*clavícula esp*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

*Exame de trauma*  
*contusão em*  
*clavícula esp*

RESULTADOS

MATERIAIS, INDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

*Dispositivo*

CARACTER DO ATENDIMENTO:

- ( ) 01 - ELETIVO
- ( ) 02 - URGÊNCIA
- ( ) 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
- ( ) 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
- ( ) 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
- ( ) 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO

*Trauma contusão*

1 - AMARELO 2 - INDIGENA 3 - OUTRO

SERVIÇOS REALIZADOS (TIPO DE PROCEDIMENTO)

1 - *0301060096*  
2 -  
3 -

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - CARIMBO

CNS: *225/25* CRM:

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

*Olavo Araújo*

OU PEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

*Macos Matello Vidal*

28 OUT. 2016

CARIMBO DE SEGURANÇA

18





PREFEITURA MUNICIPAL DE PIANACÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES  
CÓDIGO DA UNIDADE: 5673 CNPJ: 08.778.268/0031-86  
ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPIANO FILHO, 302 BAIRRO: OURO VELHO CEP: 58765-000  
MUNICÍPIO: PIANCÓ ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE  
NOME: Estelonei Dantas S. Sousa IDADE: 46  
PROFISSÃO: nutricionista DOCUMENTO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: rua V. Basco BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: Itaúna - Minas ESTADO: PB UF: \_\_\_\_\_  
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_  
DATA DO NASCIMENTO: 02.04.1969 DATA DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_  
CARÁTER DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

DADOS CLÍNICOS

Trauma crânio

Marcos Aurelio Vidal

28 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS  
EIRELI - ME

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

Rx de clavícula  
esquerda em AP  
e perfil

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 2 | 0 | 4 | 0 | 4 | 0 | 0 | 6 | 0 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

CID - 10

PROFISSIONAL

PROFISSIONAL

CNS

CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL

ASSINATURA DO PACIENTE

OU PEGUE O DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
488.512.644-49

Nome  
ORLANDO DAVID DE SOUSA

Nascimento  
12/04/1969

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DOCUMENTO 6 \*T596\*



CÓDIGO DE CONTROLE  
3FB3.4E78.EB81.61AA

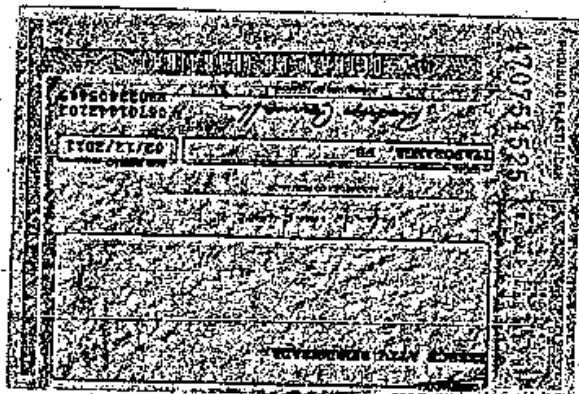
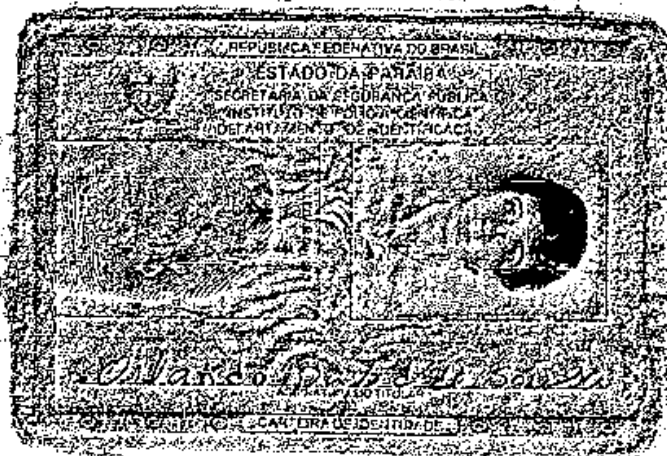
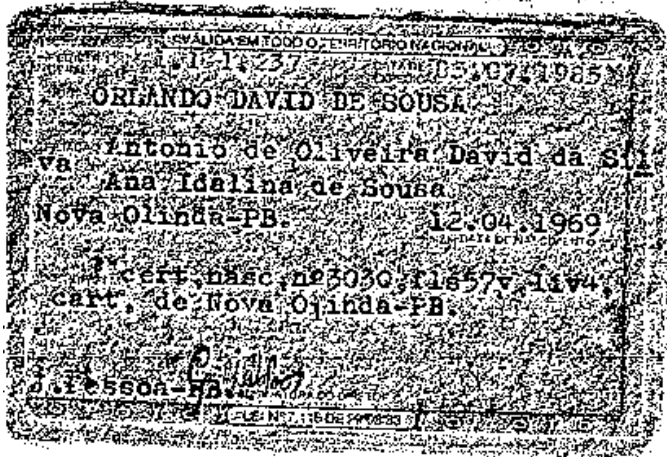
A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na internet, no endereço

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

As 10:02:59 do dia 03/05/2016 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00



Marcos Aurelio Vidal  
28 OUT. 2016  
CORRETAGEM DE SEGUROS  
EIRELI - ME



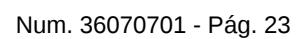
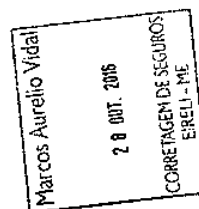
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:53:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911532124700000034444013>

Número do documento: 20102911532124700000034444013

Num. 36070701 - Pág. 22

DOCUMENTO 8 104



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160658999 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ORLANDO DAVID DE SOUSA **Data do acidente:** 06/04/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da clavícula esquerda.

**Descrição do exame médico pericial:** Presença de diminuição dos movimentos de elevação e abdução do membro superior esquerdo, bem como da força muscular do mesmo. Presença de atrofia da musculatura do membro superior esquerdo, bem como da força muscular do mesmo. Presença de cavalgamento das extremidades fraturadas no terço distal da clavícula esquerda provocando encurtamento da mesma.

**Resultados terapêuticos:** Foi tratado conservadoramente da fratura da clavícula esquerda com colocação de colete em oito por um período de 40 dias. Sem complicações.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional leve do MSE.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 23/11/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Jose Gerardo Vale Matos

**CRM do médico:** 3216

**UF do CRM do médico:** CE

### DANOS

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

### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160658999 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ORLANDO DAVID DE SOUSA **Data do acidente:** 06/04/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/11/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

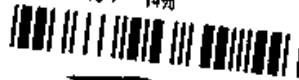
**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



DOCUMENTO 4 "T40"



Seguro  
DPVAT

O MBM está ao seu lado  
para garantir este direito.

### PROCURAÇÃO PARTICULAR

#### OUTORGANTE:

Nome: Orlando David de Sousa  
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
 Profissão: Func. Público  
 Identidade: 1.131.137 CPF: 488.512.644-49  
 Endereço: R. João Pucio, S/N, Mariz, Nova Olinda.

#### OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos  
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado  
 Profissão: Autônomo  
 Identidade: 5.652.161 CPF: 039.247.064-09  
 Endereço: R. Manoel Pereira Caiana, 58, Centro, Itaporanga.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a MBM SEGURADORA, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Orlando David de Sousa.

Local e Data: Itaporanga/PB, 28/07/2016.

Orlando David de Sousa

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**IBS** CARTÓRIO JOSÉ BARROS SOBRINHO  
 SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - OFÍCIO DE NOTAS  
 Rua da Liberdade, 100 - Centro - Itaporanga - PB - CEP: 56100-000



Reconhecimento e firma por AUTENTICIDADE de ORLANDO DAVID DE SOU:  
 ITAPORANGA/PB - 28 de julho de 2016.  
 Em presença de: Edilson Rodrigues dos Santos da verdade:  
 Mando por Edilson Rodrigues dos Santos (Escrivão),  
 Selo Digital LAZ 07586-KYZ  
 online e irrefutabilidade em <https://se0digital.tpb.jus.br>

Marcos Aurelio Vidal

28 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS  
EIRELI - ME







**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE PIANCO/PB**

**Processo: 08004202620198151161**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ORLANDO DAVID DE SOUSA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

PIANCO, 27 de outubro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**

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



**15477 - OAB/PB**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/10/2020 11:53:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102911532209800000034444019>  
Número do documento: 20102911532209800000034444019

Num. 36070707 - Pág. 2