



Número: **0800483-95.2019.8.15.1211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Cabedelo**

Última distribuição : **18/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA (AUTOR)	RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO) FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO) RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40380003	09/03/2021 10:31	Petição	Petição
40380010	09/03/2021 10:31	2691283_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
40380014	09/03/2021 10:31	2691283_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190288454

Vítima: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14235747

Pag. 01175/01176 - carta_01 - INVALIDEZ

00030588





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190288454

Vítima: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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

Recebedor: **LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000036**

Conta: **00000094843-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00579/00580 - carta_15R - INVALIDEZ



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 138.748524-58 Nome completo da vítima: Lucas da Silva Pereira da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Lucas da Silva Pereira da Costa CPF: 138.748.524-58
 Profissão: Peçoso Endereço: Rua Elizio Lopes de Mendonça Número: 230 Complemento: Caixa
 Bairro: Centro Cidade: Saulena Estado: PB CEP: 58.355-000
 E-mail: _____ Tel. (DDD): (35) 98708-8728

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: 0036 CONTA: 094-843 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 Local e Data: João Pessoa, 23/04/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucas da Silva Pereira da Costa
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Loterias CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL
INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap
113-485171476-8
23/ABR/2019 HORA DE 11:10:
TERM 000188
LOT. 13.004572-1 LOCALIDADE: JOAO PESSOA
AG. VINCULADA: 0036 CONTROLE: 113401545
COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL
NOME: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA
AGENCIA: 0036
OPERACAO: 013
CONTA-DV: 000.000.094.843-6
DATA DA ABERTURA: 23/04/2019
LOTerias CAIXA
113-485171476-8

19 VIA 4437 rede 1





23 ABR. 2019

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00107.01.2019.1.05.101

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00107.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:39 horas do dia 11 de abril de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Lucas da Silva Pereira da Costa**, conhecido(a) por Oreia, CPF nº 138.748.524-58, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Lindomar da Silva Pereira e Rogaciano Nogueira da Costa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/02/2000 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Elisio Lopes de Mendonça, Nº S/N, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Na Rua Por Trás da Delegacia Desta Cidade, na cidade de Lucena/PB, telefone(s) para contato (83) 99388-7844.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública Na Localidade de Ponta de Lucena, Lucena/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/10/18 03:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 CAPUT C/C ART. 18 INC. I: LESÃO CORPORAL DOLOSA, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE.**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 150 FAN ESI, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2013/2013, placa OGA-3204, chassi 9C2KC1670DR017494, renavam 0053356230-9, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 9825245242; nº. P.r.t.: 20130000134670-7; nº. Lacre: 0038836564; categoria: Particular; combustível: Flex; placa Anterior: Nova; placa Atual: Lucena/pb; alienação Fiduciária: A. F. Administradora de Consórcio Nacional Honda L.t.d.a.; em Nome de Eleonaldo da Silva Pereira.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

TRAFEGAVA PELA VIA PÚBLICA DANDO CARONA PARA UM AMIGO CONHECIDO PELA ALCUNHA DE "CHICA", QUANDO PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, VINDO A SE ACIDENTAR E SE MACHUCAR, SENDO NECESSÁRIO A REMOÇÃO E SOCORRO DO MESMO PELA EQUIPE DOS BOMBEIROS DA CIDADE DE GUARABIRA/PB PARA AQUELA CIDADE E DEPOIS O MESMO FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E ASSINADO PELO MÉDICO EWERTON NORONHA TEIXEIRA, C.R.M.: 2516/PB, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTÁ DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI.

ADENDO(S):

Que na data 11/04/2019, à(s) 12:51 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: **O ACIDENTE FOI NA LOCALIDADE DE PONTA DE LUCENA NA COMARCA DE LUCENA/PB E FOI SOCORRIDO E REMOVIDO PELA VIATURA DO SAMU DA CIDADE DE LUCENA/PB PARA AQUELE REFERIDO HOSPITAL JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA..** Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00107.01.2019.1.05.101

Lucas da Silva Pereira da Costa 1/2



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



GC
DA

Secretaria
de Segurança e

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações leg Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a preser referida é verdade. Dou fé.

Lucena/PB, 11 d

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-F

LUCAS DA SILVA PEREIRA D.
Noticiante



Procedimento Policial: 00107.01.20



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 138.748524-58 Nome completo da vítima: Lucas da Silva Pereira da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Lucas da Silva Pereira da Costa CPF: 138.748.524-58

Profissão: Peixeiro Endereço: Rua Elísio Lopes de Mendonça Número: 230 Complemento: Caixa

Bairro: Centro Cidade: Souleira Estado: PB CEP: 58.355-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (35) 98708-8728

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 024-843 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 23/04/2019
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucas da Silva Pereira da Costa
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

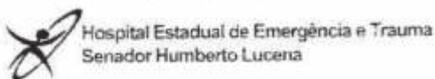
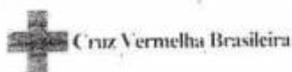
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Loterias CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL
INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap
113-485171476-8
23/ABR/2019 HORA DE 11:10:
TERM 000188
LOT. 13.004572-1
LOCALIDADE: JOAO PESSOA
AG. VINCULADA: 0036 CONTROLE: 113401545
COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL
NOME: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA
AGENCIA: 0036
OPERACAO: 013
CONTA-DV: 000.000.094.843-6
DATA DA ABERTURA: 23/04/2019
LOTERIAS CAIXA
113-485171476-8

19 VIA 4437 rede /





AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA		BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 988249805
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA				Prontuário
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONCA, SN		Bairro CENTRO	Município LUCENA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA	Nº Cons. Regional 3792/PB	
Data/Hora Classificação 10/2018 04:24:21			Data/Hora Prescrição 27/10/2018 05:06:08	

Anamnese

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+CONSCIENTE E ORIENTADO+
COM QUEIXAS DE DORES EM PUNHO ESQ+FRATURA EXPOSTA EM
PERNA DIREITA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0.0 (MGTSM)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

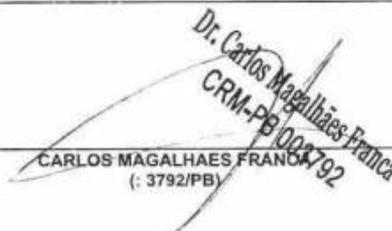
RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



Boletim registrado por: JOSEVALDO DA SILVA em 27/10/2018 04:25:29



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000094843-6

Nr. da Autenticação A10B1103F45D6442



MARIA DA PENHA PEREIRA
RUA ELISIO LOPES DE MENDONÇA, 218 - CENTRO
LUCENA / PB CEP: 59315000 (AG 1)



Ligação MONOFÁSICO
Cip/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rotômetro 10-11-645-962 Referência Abr/2019
Medidor 00000470415 Emissão 15/04/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-120, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 51071-600
CNPJ 08.095.103/0001-40 - Insc. Est. 10.015.929.0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 022 409 010
Cód. para Dth. Automático: 0000228 7342

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr/2019	16/04/2019	16/05/2019	281.866.634-91 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/226734-2**

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica nesta unidade consumidora vencidos no ano de 2018 e nos meses anteriores. Esta declaração substitui, para o cumprimento do cumprimento das obrigações do consumidor, as saldações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
Ja conhece os nossos perfis nas redes sociais? Siga a gente no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 15/03/19	Leitura 20777	Data 16/04/19	Leitura 31918	1
			238	32

Demonstrativo							
CC1	Descrição	Quantidade	Tarifa/ Tributos	Valor Base Calc. Tributos	Alc. Icms (R\$)	Base Calc. Fcp (R\$)	Defrto (R\$)
0801	Consumo em kWh	239,000	0,554400	132,96	204,20	27	56,13
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			204,20	2,21	10,20	
0807	CONTRIB SERV LUM PUBLICA			19,20	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 02/2019			2,10	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 02/2019			0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 02/2019			2,34	0,00	0,00	0,00

CC1 Código de Classificação do Kon. TOTAL 228,06 204,20 56,13 204,20 2,21 10,20

Tarifa/Tributos 9,571170

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
240	24/04/2019	R\$ 229,06

Histórico de Consumo (kWh)											
342	346	282	241	216	219	220	207	204	208	183	208
Abr/18	Mar/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19

RESERVADO AO FISCO
7d57.9f2d.227a.df5d.d90d.36ce.a822.7fc3.

Indicadores de Qualidade 2/2019 - Lucena				Composição do Consumo		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	8,57	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. da Energisa/PB	48,49	21,17
DIC TRIMESTRAL	13,74			Contas de Energia	89,16	39,19
DIC ANUAL	27,48			Serviço de Transmissão	7,54	3,29
FIC MENSAL	3,55	0,00	CONTRA TEMA	Encargos Serviços	11,47	5,01
FIC TRIMESTRAL	7,10		LIMITE INFERIOR	Impostos, Direitos e Encargos	92,40	40,34
FIC ANUAL	14,20		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DMIC	3,97	0,00		Total	229,06	100,00
DICR	12,22			Valor de EUSC (Ref. 2/2019) R\$ 66,32		

ATENÇÃO
- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso as faturas não tenham sido lançadas em tempo hábil, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 01/05/2019. Conforme
Faturas em atraso
Mar/19 193,09



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ELEONALDO DA SILVA PEREIRA,
RG nº 1534630, data de expedição 29/01/1990,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 854.646.784-68,
com domicílio na cidade de LUCENA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
MANIA FERREIRA DA SILVA, nº SIN,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
SONEAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA, cujo o condutor era
SONEAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 FAVESI Ano: 2003
Placa: 06A 3204/PB Chassi: 9E2KC16700R0579921
Data do Acidente: 27/10/2018

Local e Data: João Pessoa, 23/04/2019

Eleonaldo da Silva Pereira

Assinatura do Declarante

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

Cartório Garibaldi
9º Ofício de Notas
Av. Epitácio Pessoa, 2640
Tambauzinho - João Pessoa - Paraíba
F.: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de (ELEONALDO DA SILVA PEREIRA(121482)). Em test. da verdade. Dou fé. João Pessoa-PB 23/04/2019 12:59:20.
PAULA GARIBALDI ELOY DE SOUZA - Substituta
Vlk R\$12,70, Fepj R\$1,98, Farpen R\$0,29, ISS R\$0,50
Operador: FAMILY, Selo Digital: AIL54782-0HDB -
a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Cartório Garibaldi
TABELIA
JOÃO PESSOA - PB





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA
DADOS DE NASCIMENTO 18/02/00
NOME DA MÃE LINDOMAR DA SILVA PEREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

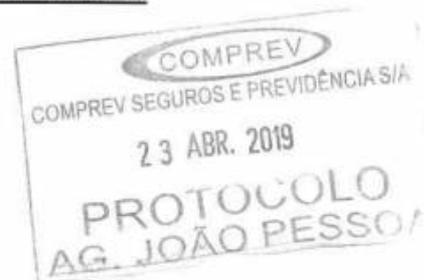
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.118.169
Nº PRONTUARIO 111.906
DATA DO ATENDIMENTO 27/10/18
HORA DO ATENDIMENTO
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E + FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA + FÍBULA D
CID 10 S 52.5 + S 82.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x poste), trazido pelo SAMU, apresentando queixas de dores com suspeita de fratura em punho E, deformidade dorsal + escoriações + ferimento cortocontuso anterior da região proximal com sangramento ativo e deformidade em valgo + fratura exposta em perna D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do punho E - AP e P
RX do joelho D - AP e P
RX da perna D - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura da extremidade distal do rádio E + fratura exposta da tíbia e fíbula D aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Teófilo Vanomark e Dr. Lauri Junior.

ALTA HOSPITALAR: 06/11/18
DATA DA EMISSÃO: 31/01/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO C.R.M. 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H
SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H
Diluir
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, (OBSERVAÇÕES: LENTO , SN)
Diluir
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H
HEPARINA SODICA 5.000UI/ML(FRASCO/AMPOLA 5ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 6/6H, (OBSERVAÇÕES: PRESCRITO PELO CIRURGIÃO VASCULAR)
CUIDADOS
CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA
SSVV + CCGG
I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: REAVALIAÇÃO DA VASCULAR)
EXAME LABORATORIAL
COAGULOGRAMA COMPLETO
CREATININA
GLICOSE
HEMOGRAMA COMPLETO
TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)
IONOGRAMA
UREIA
EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)
Conduta
Internar Paciente

LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

LAIANA KAREN DANTAS BARRETO
(CRM: 8491/RN)



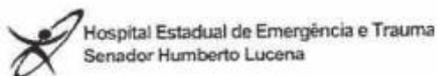
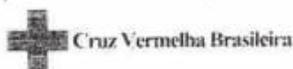
Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: Lucas Da Silva		N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: Leito:
Data de admissão: 25/06/18	Alta: 06/11/18	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: FMT. Periana + PUNHA			
Diagnóstico Definitivo: 1.000			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: Rv			
Cirurgia realizada - data e equipe: F. A. C. W. e equipe (A. T. F. L. (A. L. C.))			
Biópsias: inóculo 13015 (unidade 7 + CIFE)			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: alta em bom estado com curativos regulares			
Orientações Pós Alta			
Dieta:			
Repouso: Relativo em casa por, _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias. Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa:			
Retorno: Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto. Ao ambulatório de 21/11/18 em 30 dias para revisão. 21/11/18			
João Pessoa: 06 de 11 de 18		 Ass. Médico/CRM	
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

F(NG).APC.002-2





AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA		BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 988249805
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA				Prontuário
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONCA, SN		Bairro CENTRO	Município LUCENA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional NAPOLEAO SUASSUNA LAVREANO JUNIOR		Nº Cons. Regional 7015/PB
Data/Hora Classificação 27/10/2018 04:24:21			Data/Hora Prescrição 27/10/2018 10:15:21	

Anamnese

VASCULAR

1) VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+CONSCIENTE E ORIENTADO+
SEM QUEIXAS DE DORES EM PUNHO ESQ+FRATURA EXPOSTA EM

PERNA DIREITA

AO EXAME

- PULSOS PED E TP DIINUIDO (2/3)
- COM SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADOS
- AUSENCIA DE SD COMPARTIMENTAL NO MOMENTO
- PULSOS FEM E POP AMPLOS

CD: HEPARINA

MANTER ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM VASCULAR E ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

HEPARINA SODICA 5.000UI/ML(FRASCO/AMPOLA 5ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 6/6H

Conduta

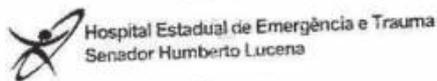
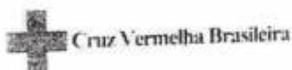
Em observação

LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

Dr. Napoleão Suassuna Jr.
Cf. Vascular/Endovascular
CRM-PB 7015
NAPOLEAO SUASSUNA LAVREANO JUNIOR
(: 7015/PB)

27/10/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=424425&pesquisa=S&perform=im...



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel:
CNES: 6121221

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA		BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 986249805
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA				Prontuário
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONCA, SN		Bairro CENTRO	Município LUCENA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RHAISSA MARIA ASSUNÇÃO ANDRADE DE SOUZA		Nº Cons. Regional 9963/PB
Data/Hora Classificação 27/10/2018 04:24:21			Data/Hora Prescrição 27/10/2018 06:38:57	

anamnese

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+CONSCIENTE E ORIENTADO+
COM QUEIXAS DE DORES EM PUNHO ESQ+FRATURA EXPOSTA EM
PERNA DIREITA

LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PELA ORTOPEDIA.

Conduta

Em observação

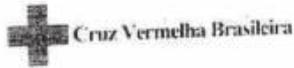
LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

Rhaissa Maria Assunção Andrade de Souza
Rhaissa Maria Assunção Andrade de Souza
CRP: 9963/PB
RHAISSA MARIA ASSUNÇÃO ANDRADE DE SOUZA
(: 9963/PB)

Boletim registrado por: JOSEVALDO DA SILVA em 27/10/2018 04:25:29

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=424425&pesquisa=S&perform=im... 1/1





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAIBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA		BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 988249805
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA			Prontuário	
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONCA, SN		Bairro CENTRO	Município LUCENA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MANOEL RICARDO SENA NOGUEIRA		Nº Cons. Regional 5013/PB
Data/Hora Classificação 27/10/2018 04:24:21			Data/Hora Prescrição 27/10/2018 06:33:08	

Anamnese

CIRURGIA VASCULAR

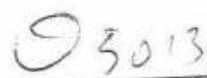
ACIDENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTO X POSTE
QUEIXA-SE DE DOR NA PERNA DIREITA E PUNHO ESQUERDO

AO EF

PUNHO ESQUERDO: DEFORMIDADE DORSAL, SEM FERIMENTOS, DOR A PALPAÇÃO DISTAL,
NEUROVASCULAR PRESERVADOPERNA DIREITA: ESCORIAÇÕES, FCC ANTERIOR REGIÃO PROXIMAL COM SANGRAMENTO ATIVO, AUMENTO
DA DOR À EXTENSÃO DORSAL PÉ, PULSOS DISTAIS PALPÁVEIS, PORÉM DIMINUÍDOS A DIREITA
CD: REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA VASCULAR APÓS FIXAÇÃO DAS FRATURAS**Conduta**

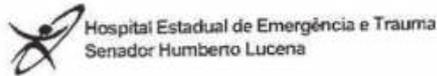
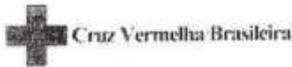
Em observação

LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA


 MANOEL RICARDO SENA NOGUEIRA
(CRM: 5013/PB)

Boletim registrado por: JOSEVALDO DA SILVA em 27/10/2018 04:25:29





AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA		BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 988249805
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA				Prontuário
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONCA, SN		Bairro CENTRO	Município LUCENA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP	
Data/Hora Classificação 27/10/2018 04:24:21			Data/Hora Prescrição 27/10/2018 06:24:35	
Anamnese				
<p>PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTO X POSTE QUEIXA-SE DE DOR NA PERNA DIREITA E PUNHO ESQUERDO AO EF PUNHO ESQUERDO: DEFORMIDADE DORSAL, SEM FERIMENTOS, DOR À PALPAÇÃO DISTAL, NEUROVASCULAR PRESERVADO PERNA DIREITA: ESCORIAÇÕES, FCC ANTERIOR REGIÃO PROXIMAL COM SANGRAMENTO ATIVO, DEFORMIDADE EM VALGO, EDEMA (+2/4+), AUMENTO DA DOR À EXTENSÃO DORSAL PÉ, NEUROVASCULAR PRESERVADO NO MOMENTO RAIOSX: FRATURA SEGMENTAR NA TIBIA DIREITA FRATURA DISTAL DO RÁDIO PUNHO ESQUERDO CD: ANTIBIOTICOPROFILAXIA PARA FRATURA EXPOSTA TALA AXILOPALMAR ESQUERDA AGUARDO AVALIAÇÃO DO CIR. VASCULAR E LIBERAÇÃO DA CIRURGIA GERAL PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO</p>				
MEDICAÇÃO				
<p>CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S) (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 150 ML SF0,9%)</p>				
<p>TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR 2000 ML DE SF0,9% LENTO)</p>				
Conduta				
Em observação				

LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)

Boletim registrado por: JOSEVALDO DA SILVA em 27/10/2018 04:25:29

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=424420&pesquisa=S&perform=im... 1/1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/03/2021 10:31:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103091031248680000038462558>
 Número do documento: 2103091031248680000038462558

Num. 40380010 - Pág. 20

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE Lucas da Silva Pereira Costa 4 - N° DO PRONTUÁRIO _____
 5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 5 - DATA DE NASCIMENTO / / 7 - SEXO Masc. Fem. 8 - RAÇA/COR _____
 9 - NOME DA MÃE _____ 10 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____
 11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____
 13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) _____
 14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 15 - CDD, IBGE MUNICÍPIO _____ 16 - UF _____ 17 - CEP _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL FISIOTERAPIA 20 - QTDE 20

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Fratura de fíbula 37 - CID 10 PRINCIPAL _____ 38 - CID 10 SECUNDÁRIO _____ 39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____
 40 - OBSERVAÇÕES _____

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Suelio F. Torres 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO 29/03/14 45 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO Lauro F. L. ...
 43 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 47 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR _____ 52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____
 48 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____
 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / / 51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ 53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC / /

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 55 - CNES _____





Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____ 2 - CNES: _____
 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **H.E.E.T.S.H.L** 4 - CNES: _____

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE: **Lucas do Sibia Pereira da Costa** 8 - N° DO PRONTUÁRIO: **1118169**
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ 6 - DATA DE NASCIMENTO: **18/02/2000** 9 - SEXO: Masc 1 Fem
 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: _____ 11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE: _____
 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO): _____
 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Curcema** 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: _____ 15 - UF: _____ 16 - CEP: _____

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): _____

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: _____ 19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR: _____
 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: _____ 21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: _____
 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL: _____ 23 - CID 10 PRINCIPAL: _____ 24 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____ 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____ 27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: _____
 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE:
 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE DIÁRIA DE UTI TIPO I DIÁRIA DE UTI TIPO II DIÁRIA DE UTI TIPO III
 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 31 - QTDE: _____
 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 34 - QTDE: _____
 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: _____ 37 - QTDE: _____

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

**02 - fixador externo
 01 - fio de Kirshner m. 2,5**

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____ 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO: ____/____/____
 41 - DOCUMENTO: _____ 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____ 43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO):
 CNS CPF _____

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: _____ 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: ____/____/____
 47 - DOCUMENTO: _____ 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: _____ 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO):
 CNS CPF _____



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo: PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão: AUMENTO DE LESÃO DE PARTES MOLES PUNTIFORME PARA FAZER UMA MELHOR LMC COM SF 0,9% ABUNDANTE
Achados: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA (MALÉOLO LATERAL) DIREITO
Condução: LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICO + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9% REDUÇÃO DA FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA COM AUXÍLIO DE ESCOPIA FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO BIPLANAR EM PERNA DIREITA PASSAGEM DE FIO K 2,5MM EM FÍBULA DIREITA SOB AXÍLIO DE ESCOPIA
Fechamento: SUTURA CURATIVOS RX DE CONTROLE
Observação:

SOLICITO PARECER DA PLÁSTICA E VASCULAR

Médico/CRM:


Lailana
Médico
CRM

João Pessoa,

27/10/2018



Nota de Sala Cirúrgica



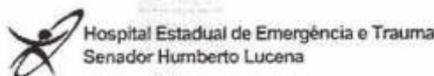
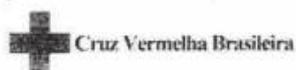
NOME DO PACIENTE: Quevedo da Silva Pereira da Costa
 IDADE: 18 DE 11/8/19 SEXO: M ENFERMEIRA: LETO
 CIRURGIÃO: Tratamento cirúrgico de fratura e fixador externo em M.D
 CIRURGIÃO: Dr. Roberto + Roumano R1
 ANESTESIA: Basili
 ANESTESISTA: Dr. Neto Leite
 MATERIALIZADOR:
 DATA: 27/01/18 TEMPO CIRÚRGICO: ANESTESIA INICIA: 8:30 CIRÚRGICO INICIA: 09:40

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA: ASA II - AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS
 (ASA I: ASA II: ASA III: ASA IV: ASA V: SA P:)
 (GRUPO DE CONTAMINAÇÃO: (LIMPA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)

MEDICACÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº1		FIO CAT. QUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA	1 <u>500 ml</u>	JELCO Nº2		FIO CAT. QUT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº3		FIO DE AÇO Nº	
CETANDINA	<u>500 ml</u>	JELCO Nº4		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº 2.0	1
ETEMIDATO	<u>SOLUÇÕES</u>	QTD.	LÂMINA BISTURI Nº1	FIO DE NYLON Nº	
FENDEARBITAL	ALCOOL ETILICO 70%	X	LÂMINA BISTURI Nº2	FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVPH DEGERMANTE	X	LÂMINA BISTURI Nº3	FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL	PVPH TINTURA	X	LÂMINA BISTURI Nº4	FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVPH TOPICO		LÂMINA DE DERMATOOMO	FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA C. VASO	SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXERTO	FIO POLIPROPILENO Nº	
LEVOBUPIVACAÍNA S. VASO	MATERIAIS	QTD.	LUVIA DE PROCEDIMENTO PAR	40	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA C. VASO	AGULHA 13X4.5		LUVIA ESTERIL Nº7.5	1	FIO POLIPROPILENO Nº
LIDOCAÍNA S. VASO	AGULHA 25X07	A	LUVIA ESTERIL Nº7.5	1	FIO POLIGLACTAPRONE Nº
MIDAZOLAN	AGULHA 25X08	M	LUVIA ESTERIL Nº8.0	1	FIO SEDA Nº
MORFINA	AGULHA 40X12	R	LUVIA ESTERIL Nº8.5		FITA CARDIACA
NIMBILUM	AGULHA PERIDURAL Nº16		MASCARA CIRURGICA	1	MATERIAL ESPECIAL
PANCRURÔNIO	AGULHA PERIDURAL Nº17		MULTITIAS		CATETER DE PIC
PETIDINA	AGULHA PERIDURAL Nº18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO
PROPORFOL	AGULHA RAQUÍ Nº25G	1	SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO LIGADURA
RANIFENTANILA	AGULHA RAQUÍ Nº26G		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº
ROCLURÔNIO	AGULHA RAQUÍ Nº27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº 2.5
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº
SUXAMETÔNIO	ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML	1	FIO STEINMAN Nº
TIOPENTAL	ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML	1	GRAMPEADOR CIRURGICO
MEDICACÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABSORVIVEL
ADRENALINA		CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA. VENTRICULAR
AGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	PROTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	KIT PAM
BENTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	FIXADOR EXTERNO
CEFAZOLINA	1	CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	EMPRESA
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
DIPIRONA SODICA		CERA PARA OSSEO		SONDA NASOG. CURTA	PARAFUSOS CORTICAIS
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA	PARAFUSOS CORTICAIS
FLUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS	X	SONDA URETRAL Nº	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRURGICAS		TORNEIRINHA	PARAFUSOS ESPONJOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PARAFUSOS MALEOLAR
LIDOCAÍNA GELEIA		ELETRODOS	X	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	PLACA
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)	1
PLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP	X	FIOS	QTD.
TENOXCAN		ESPARADRAPO	X	FIO ALGODÃO S/A Nº	() ASPIRADOR
<u>Cispropino</u>	1	GAZES	X	FIO ALGODÃO S/A Nº	() BISTURI ELETRICO
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO C/A Nº	() CAPNOGRAFO
		GEL ELETROLITICO		FIO ALGODÃO C/A Nº	() CARDIOMONITOR
		JELCO Nº14			() DESFIBRILADOR
		JELCO Nº16			() FOCO AUXILIAR
					() FOCO CENTRAL
					() MICROSCOPIO
					() MOXIMETRO DE PULSO
					() P.A. INVASIVA NÃO INVASIVA
					() PERFURADOR ELETRICO
					() SERRA OCELO
					CIRURGIA Nº 1.005 Jan
					Tôc. de Esterilização
					COREN-PB 250.852

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/03/2021 10:31:25
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103091031248680000038462558
 Número do documento: 2103091031248680000038462558





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA		BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 988249805
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA				Prontuário
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONÇA, SN		Bairro CENTRO	Município LUCENA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LAIANA KAREN DANTAS BARRETO	Nº Cons. Regional 8491/RN	
Data/Hora Classificação 27/10/2018 04:24:21			Data/Hora Prescrição 27/10/2018 10:24:02	

Anamnese**ORTOPEDIA**

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTO X POSTE QUEIXA-SE DE DOR NA PERNA DIREITA E PUNHO ESQUERDO AO EF
 PUNHO ESQUERDO: DEFORMIDADE DORSAL, SEM FERIMENTOS, DOR À PALPAÇÃO DISTAL, NEUROVASCULAR PRESERVADO
 PERNA DIREITA: ESCORIAÇÕES, FCC ANTERIOR REGIÃO PROXIMAL COM SANGRAMENTO ATIVO, DEFORMIDADE EM VALGO, EDEMA (+2/4+), AUMENTO DA DOR À EXTENSÃO DORSAL PÉ, NEUROVASCULAR PRESERVADO NO MOMENTO
 RAIOS: FRATURA EXPOSTA SEGMENTAR NA TIBIA DIREITA
 FRATURA FECHADA DISTAL DO RÁDIO PUNHO ESQUERDO

FEITO ANTIBIOTICOPROFILAXIA PARA FRATURA EXPOSTA

POI DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CONTROLE DE DANOS DE FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA E MALÉOLO LATERAL DIREITO COM FIXADOR EXTERNO BIPLANAR, SEM INTERCORRÊNCIAS. PRESERÇA DE MOSCA NA SALA, TENDO POUSSADO EM LESÃO DE PERNA DIREITA, ANTES DA DEGERMAÇÃO.

CD: INTERNO PACIENTE + SOLICITO EXAMES + ACOMPANHAMENTO JUNTO COM A VASCULAR + GESSO AXILO PALMAR EM MSE

STAFF: DR TEÓFILO + DR LAURI

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6H POR 7 DIA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: S/N)

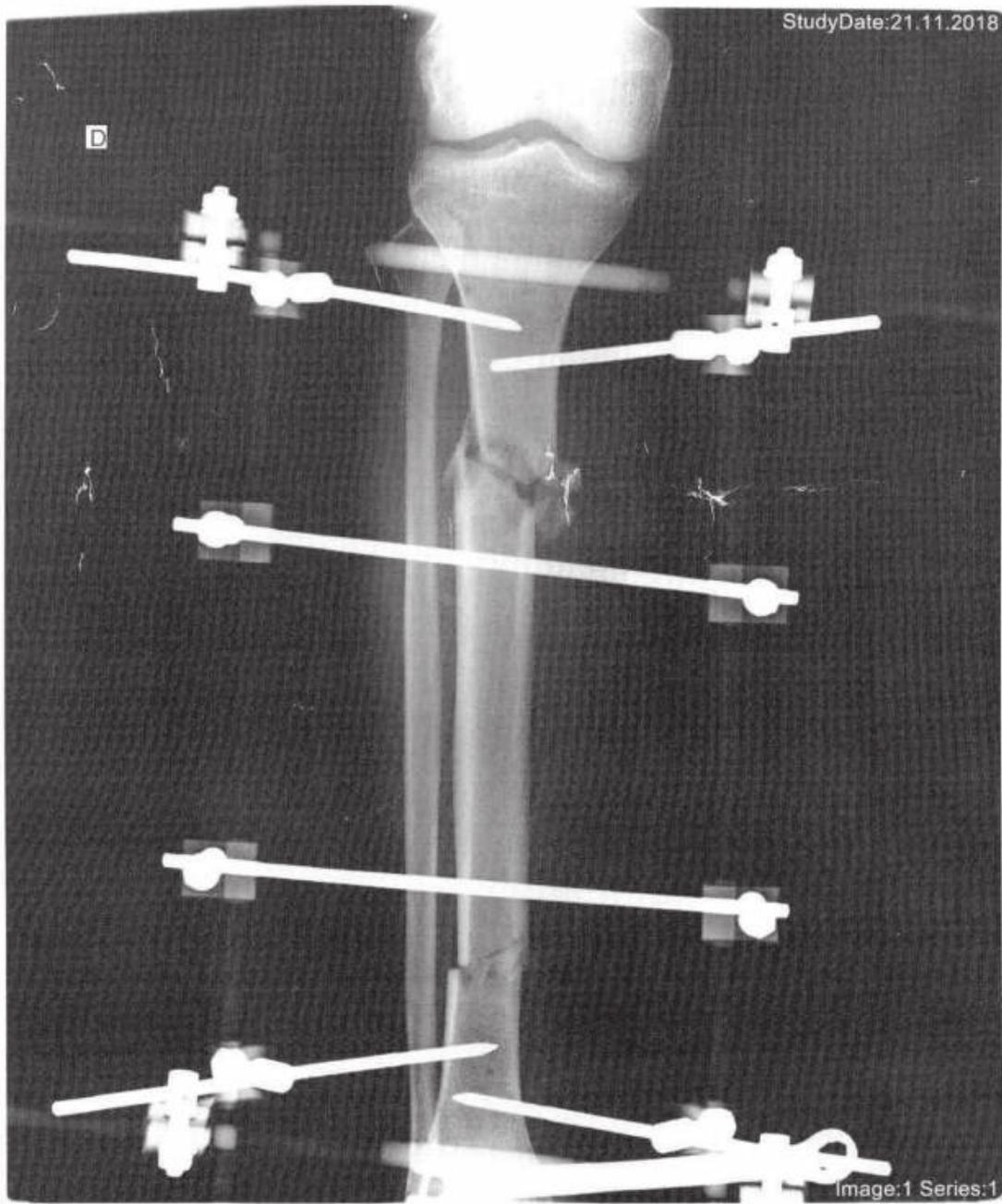
Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

CAPTOPRIL 25 MG COMBIMIDO ADMINISTRAR 1,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)



PatientID: 000000078712 Sex: Masculino
PatientName: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA BirthDate: 18.02.2000
Age: 18a.



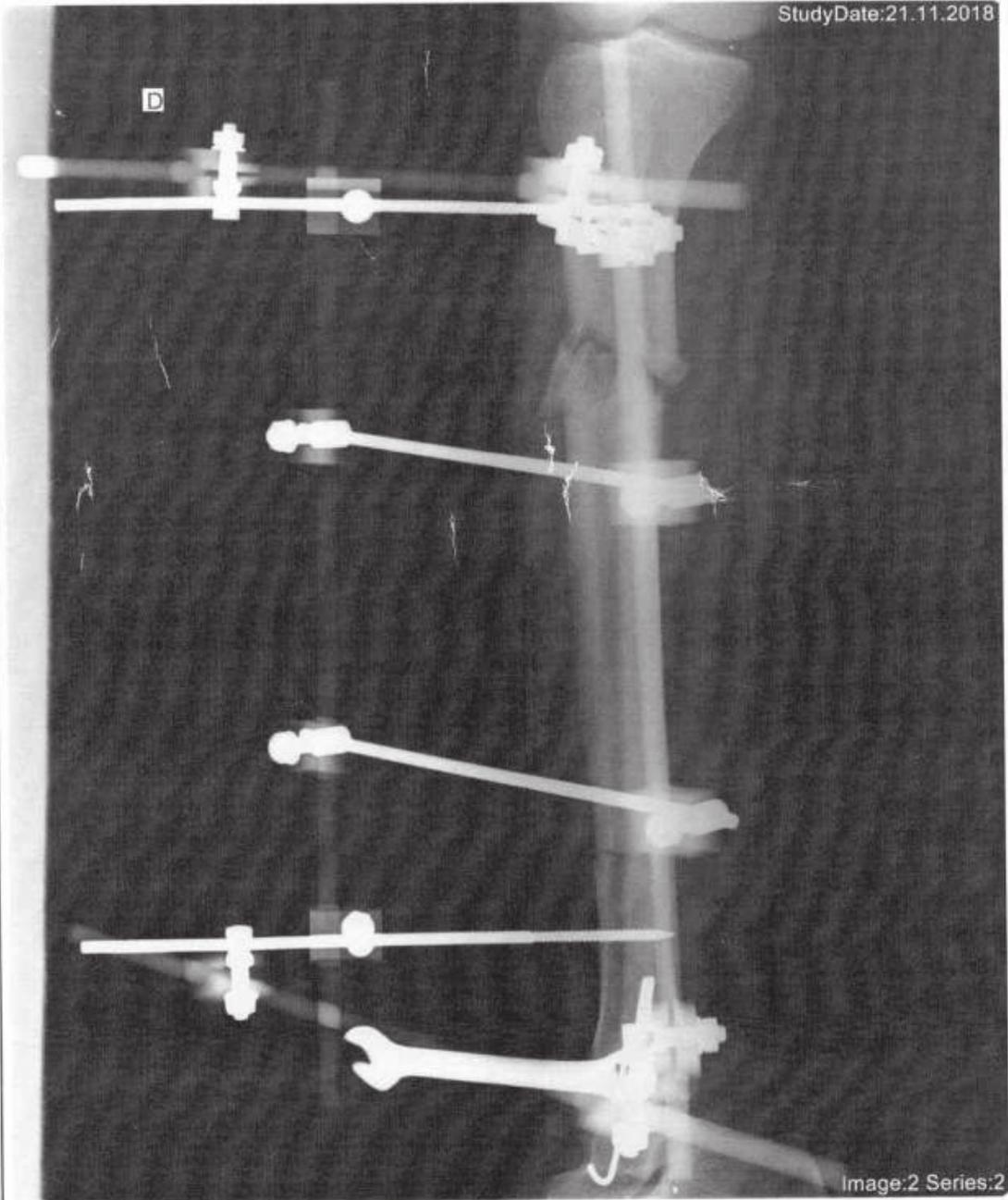
HTOP



<p>PatientID: 00000078712 Name: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA Sex: Masculino BirthDate: 18.02.2000 Age: 18a.</p>		<p>HTOP</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------



PatientID: 000000078712 Sex: Masculino
PatientName: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA BirthDate: 18.02.2000
Age: 18a.



HTOP





COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OGA3204

2014

Imprimir Consulta

OGA3204

Último Licenciamento: 2014

Proprietário: *****

Placa: OGA3204

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2013

Ano Modelo: 2013

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: VERMELHA

Vencimento Licenciamento: 28/06/2019

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

Financeira: #####

Município: LUCENA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 23/04/2019

PASSA / MOTOCICLET

ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 FAN ESI

2013 2013

PARTICULAR VERMELHA

28/06/2019

ALIENACAO FIDUCIARIA

LUCENA

23/04/2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011753100369
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COTA RENAVAM 201409103100692-9 EXERCÍCIO
1 0053356230-9 00/00000000 2014

NOME

ELEONALDO DA SILVA PEREIRA

CPF / CNPJ

PLACA

05464678468

00A3204/PB

PLACA ANT. / UF

CHASSI

MOV3

PB

9C2EC16700R017494

ESPÉCIE TIPO

COMBUSTÍVEL

PAS/MOTOCICLISTA/MAC/ABIT

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

RENAVAM

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2014

09/09/2014

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

05464678468

00A3204/PB

RENAVAM

MARCA / MODELO

CAP / POT / cil

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

17100 101

101

BRANCA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

I

12VA PAGO 10M

20/08/2014

1ª

V

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2ª

A

443333

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

11111111

000000

11111111

17/08/2014

OBSERVAÇÕES

A.5 AUMENTO DE PREÇO NA HONDA CUIDADO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LICENÇA - PE

LOCAL

DATA

40649

13617

09/09/2014

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011753100369 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2014

09/09/2014

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

05464678468

00A3204/PB

RENAVAM

MARCA / MODELO

ANO FAB.

CAT. TARIF.

Nº CHASSI

2013

9

9C2EC16700R017494

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL SET. INCL. FELD. SEGURO (R\$)

SEGURO

8 A G O

PAGAMENTO

DATA DE OUTUBRO

COTA ÚNICA

PARCELADO

17/08/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

13617-0912228-20140909



DENATRAM

CONTRAN



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190288454 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA **Data do acidente:** 27/10/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO NA TÍBIA);
TRATAMENTO CONSERVADOR (PUNHO) E ALTA MÉDICA. 12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190288454 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA **Data do acidente:** 27/10/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO NA TÍBIA);
TRATAMENTO CONSERVADOR (PUNHO) E ALTA MÉDICA. 12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE CABEDELO/PB

Processo n.º 08004839520198151211

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 **LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexos de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

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



DO LAUDO PERICIAL

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

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CABEDELLO, 5 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/03/2021 10:31:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030910312540300000038462562>
Número do documento: 21030910312540300000038462562