



Número: **0800006-87.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **02/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
OSMAR TRIBUTINO PEREIRA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
RAFAEL LARA DE FREITAS (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36845075	19/11/2020 11:32	Petição	Petição
36845078	19/11/2020 11:32	2692052_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
36845082	19/11/2020 11:32	2692052_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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669806

Vítima: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

Data do Acidente: 20/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

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 15183039

Pag. 00529/00530 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190669806

Vítima: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

Data do Acidente: 20/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **OSMAR TRIBUTINO PEREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **237**

Agência: **000002340-0**

Conta: **000001000160-9**

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

530.886.624-49 Osmar Tributino Pereira

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

5 - Nome completo:

Osmar Tributino Pereira

6 - CPF:

530.886.624-49

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

R. Algodão da Praia

9 - Número:

50

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Mangabeira

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58059-804

15 - E-mail:

(83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☒ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

2340

0

CONTA:

1000160

9

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.

22 - 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Círculo Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascidos?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer não-tipo 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a peça/pedido

36 - CPF legível de quem assina a peça/pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a peça/pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 02/12/19

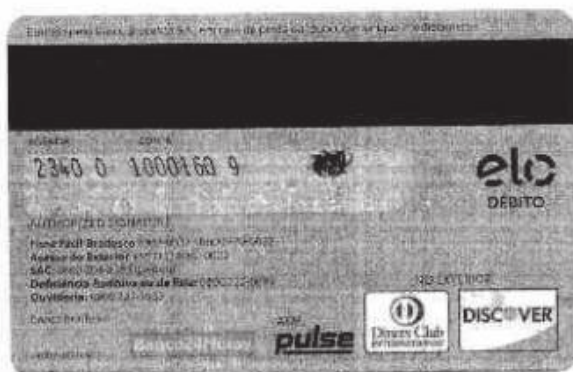
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07851.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07851.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:36 horas do dia 15 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Osmar Tributino Pereira**, CPF nº 530.886.624-49, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, profissão Vigilante, filho(a) de Maria Cirilo da Conceição e Joaquim Tributino Pereira, natural de Pirpirituba/PB, nascido(a) em 15/11/1968 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Algodão da Praia, Nº S/N, complemento QUADRA-255, LOTE-478, MANGABEIRA VIII, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Ao Ponto Final 514, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98828-1151.

Dados do(s) Fatos:


Local: Rua Jose Feliciano, Mercadinho Central de Mangabeira VIII, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/06/19 01:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 20/06/2019, POR VOLTA DAS 01:00 HORA, VINHA TRAFEGANDO NA RUA, JOSÉ FELICIANO, EM MANGABEIRA VII, NA MOTO DE MARCA-HONDA/CG 125 TITAN KSE, DE CORVERMELHA, ANO-2003/2003, PLACA-MMR-7832/PB, CHASSI: 9C2JC30213R6283341, CRLV EM NOME DA PESSOA RIVALDO ALBUQUERQUE SALES, VINDO A COLIDIR EM UM VEÍCULO CHEVROLET CELTA DE PLACA NQJ-6186/PB, QUANDO FOI VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRAS GOVERNADOR TARCISIO BURITY, APÓS ATENDIMENTO, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, SENDO CIRURGIADO NO DIA 26/06/2019, DE ACORDO COM O CID: S43.1 E T14.9, TENDO ALTA MÉDICA NO DIA 28/06/2019, PELO MÉDICO JOÃO PAULO SOUTO CASADO.

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

João Pessoa/PB, 15 de julho de 2019.


JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


OSMAR TRIBUTINO PEREIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 07851.01.2019.1.00.401





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 530.886.624-49 4 - Nome completo da vítima: Osmar Tributino Pereira

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

5 - Nome completo: Osmar Tributino Pereira 6 - CPF: 530.886.624-49
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Algodão da Praia
9 - Número: 50 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58059-804
15 - E-mail: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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:

2340

0

CONTA:

1000

160

9

AGÊNCIA:

CONTA:

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.

22 - 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, § 2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (ou Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Círculo Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascido(s)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer não-tipo 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a peça/pedido

36 - CPF legível de quem assina a peça/pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a peça/pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 02/12/19

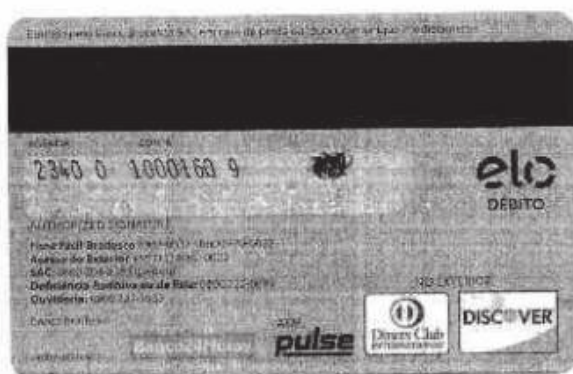
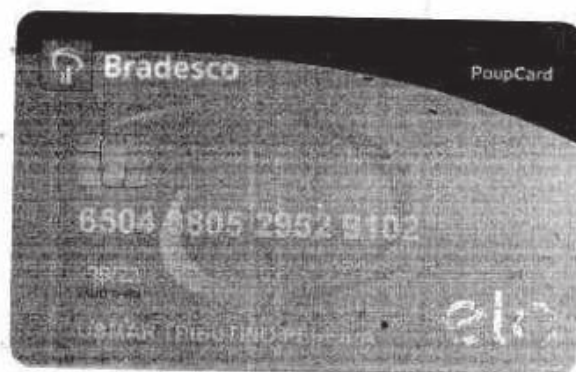
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

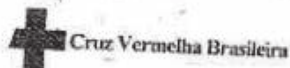
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019







Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1171815



Identificação do paciente			
ID 1353057	Nome OSMAR TRIBUTINO PEREIRA		Sexo Masculino
Data de nascimento 15/11/1968	Idade 50 anos 7 meses 18 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA CIRILO DA CONCEICAO	Pai JOAQUIM TRIBUTINO PEREIRA		Prontuário 116433
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		
DDD Celular 83	Celular 99987422	DDD	Telefone
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1742518	Nº Cns 700004214275505	
Local de procedência MANGABEIRA	Tipo BAIRRO		UF PB
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE	CBO/R	
Endereço			
CEP 58059804	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Lógradio ALGODÃO DA PRAIA
Número 255	Complemento	Bairro MANGABEIRA	
Admissão			
Data e Hora 20/06/2019 04:03:11	Número da pulseira 1000007702470	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Classificação de risco	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []			
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por MARCIO MACEDO DA SILVA			CID
			Tempo 39seg

Imprimir



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02340-0

CONTA: 000001000160-9

Nr. Autenticação

BRADESCO1312201905000000000023702340000001000160168750 PAGO





Ligarao MONOPASCO
 Colôco: RSM/TCB/RESIDENCIAL - BAIXA REND
 Referência: 5-5-352-1222
 Referência: 10/11/2015

ENERGEX PAPER CO. DETROIT HODAWOOD ENERGY CO.
8-2700, 5125, 5126, 5127, 5128, 5129, 5130, 5131, 5132, 5133, 5134, 5135, 5136, 5137, 5138, 5139, 5140, 5141, 5142, 5143, 5144, 5145, 5146, 5147, 5148, 5149, 5150, 5151, 5152, 5153, 5154, 5155, 5156, 5157, 5158, 5159, 5160, 5161, 5162, 5163, 5164, 5165, 5166, 5167, 5168, 5169, 5170, 5171, 5172, 5173, 5174, 5175, 5176, 5177, 5178, 5179, 5180, 5181, 5182, 5183, 5184, 5185, 5186, 5187, 5188, 5189, 5190, 5191, 5192, 5193, 5194, 5195, 5196, 5197, 5198, 5199, 5200, 5201, 5202, 5203, 5204, 5205, 5206, 5207, 5208, 5209, 5210, 5211, 5212, 5213, 5214, 5215, 5216, 5217, 5218, 5219, 5220, 5221, 5222, 5223, 5224, 5225, 5226, 5227, 5228, 5229, 5230, 5231, 5232, 5233, 5234, 5235, 5236, 5237, 5238, 5239, 5240, 5241, 5242, 5243, 5244, 5245, 5246, 5247, 5248, 5249, 5250, 5251, 5252, 5253, 5254, 5255, 5256, 5257, 5258, 5259, 5260, 5261, 5262, 5263, 5264, 5265, 5266, 5267, 5268, 5269, 5270, 5271, 5272, 5273, 5274, 5275, 5276, 5277, 5278, 5279, 5280, 5281, 5282, 5283, 5284, 5285, 5286, 5287, 5288, 5289, 5290, 5291, 5292, 5293, 5294, 5295, 5296, 5297, 5298, 5299, 5300, 5301, 5302, 5303, 5304, 5305, 5306, 5307, 5308, 5309, 5310, 5311, 5312, 5313, 5314, 5315, 5316, 5317, 5318, 5319, 5320, 5321, 5322, 5323, 5324, 5325, 5326, 5327, 5328, 5329, 5330, 5331, 5332, 5333, 5334, 5335, 5336, 5337, 5338, 5339, 5340, 5341, 5342, 5343, 5344, 5345, 5346, 5347, 5348, 5349, 5350, 5351, 5352, 5353, 5354, 5355, 5356, 5357, 5358, 5359, 5360, 5361, 5362, 5363, 5364, 5365, 5366, 5367, 5368, 5369, 5370, 5371, 5372, 5373, 5374, 5375, 5376, 5377, 5378, 5379, 5380, 5381, 5382, 5383, 5384, 5385, 5386, 5387, 5388, 5389, 5390, 5391, 5392, 5393, 5394, 5395, 5396, 5397, 5398, 5399, 5400, 5401, 5402, 5403, 5404, 5405, 5406, 5407, 5408, 5409, 5410, 5411, 5412, 5413, 5414, 5415, 5416, 5417, 5418, 5419, 5420, 5421, 5422, 5423, 5424, 5425, 5426, 5427, 5428, 5429, 5430, 5431, 5432, 5433, 5434, 5435, 5436, 5437, 5438, 5439, 5440, 5441, 5442, 5443, 5444, 5445, 5446, 5447, 5448, 5449, 5450, 5451, 5452, 5453, 5454, 5455, 5456, 5457, 5458, 5459, 5460, 5461, 5462, 5463, 5464, 5465, 5466, 5467, 5468, 5469, 5470, 5471, 5472, 5473, 5474, 5475, 5476, 5477, 5478, 5479, 5480, 5481, 5482, 5483, 5484, 5485, 5486, 5487, 5488, 5489, 5490, 5491, 5492, 5493, 5494, 5495, 5496, 5497, 5498, 5499, 5500, 5501, 5502, 5503, 5504, 5505, 5506, 5507, 5508, 5509, 5510, 5511, 5512, 5513, 5514, 5515, 5516, 5517, 5518, 5519, 5520, 5521, 5522, 5523, 5524, 5525, 5526, 5527, 5528, 5529, 5530, 5531, 5532, 5533, 5534, 5535, 5536, 5537, 5538, 5539, 5540, 5541, 5542, 5543, 5544, 5545, 5546, 5547, 5548, 5549, 5550, 5551, 5552, 5553, 5554, 5555, 5556, 5557, 5558, 5559, 5560, 5561, 5562, 5563, 5564, 5565, 5566, 5567, 5568, 5569, 5570, 5571, 5572, 5573, 5574, 5575, 5576, 5577, 5578, 5579, 5580, 5581, 5582, 5583, 5584, 5585, 5586, 5587, 5588, 5589, 5590, 5591, 5592, 5593, 5594, 5595, 5596, 5597, 5598, 5599, 5600, 5601, 5602, 5603, 5604, 5605, 5606, 5607, 5608, 5609, 5610, 5611, 5612, 5613, 5614, 5615, 5616, 5617, 5618, 5619, 5620, 5621, 5622, 5623, 5624, 5625, 5626, 5627, 5628, 5629, 5630, 5631, 5632, 5633, 5634, 5635, 5636, 5637, 5638, 5639, 5640, 5641, 5642, 5643, 5644, 5645, 5646, 5647, 5648, 5649, 5650, 5651, 5652, 5653, 5654, 5655, 5656, 5657, 5658, 5659, 5660, 5661, 5662, 5663, 5664, 5665, 5666, 5667, 5668, 5669, 5670, 5671, 5672, 5673, 5674, 5675, 5676, 5677, 5678, 5679, 5680, 5681, 5682, 5683, 5684, 5685, 5686, 5687, 5688, 5689, 5690, 5691, 5692, 5693, 5694, 5695, 5696, 5697, 5698, 5699, 5700, 5701, 5702, 5703, 5704, 5705, 5706, 5707, 5708, 5709, 5710, 5711, 5712, 5713, 5714, 5715, 5716, 5717, 5718, 5719, 5720, 5721, 5722, 5723, 5724, 5725, 5726, 5727, 5728, 5729, 5730, 5731, 5732, 5733, 5734, 5735, 5736, 5737, 5738, 5739, 5740, 5741, 5742, 5743, 5744, 5745, 5746, 5747, 5748, 5749, 5750, 5751, 5752, 5753, 5754, 5755, 5756, 5757, 5758, 5759, 5760, 5761, 5762, 5763, 5764, 5765, 5766, 5767, 5768, 5769, 5770, 5771, 5772, 5773, 5774, 5775, 5776, 5777, 5778, 5779, 5780, 5781, 5782, 5783, 5784, 5785, 5786, 5787, 5788, 5789, 5790, 5791, 5792, 5793, 5794, 5795, 5796, 5797, 5798, 5799, 5800, 5801, 5802,

Nota Fiscal/Carte de Energia Elétrica Nº 03.388.227
Cód. para Dth Automático: 200-160927

Atendimento ao Cliente 1-800-383-0198. Arriba: www.michelin.com.br

Conta referente a	Aprovação	Data prevista da próxima entrega	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	11/11/2019	11/12/2019	630.885.924-49

UC (Unidade Consumidora): 5/1156902-7

Canal de contato	
------------------	--

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.498, de 21 de abril de 2002.
Benefício a quem não pode pagar a conta. É que estão acasalados e não têm condições de pagar.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura			
10/10/10	8227	10/11/10	8331		104	31
Demonstrativo						
CC - Consumo	Quantidade (Litros)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
	Tarifa (R\$)	Tarifa (R\$)	QVS	Parcelas (R\$)	Parcelas (R\$)	Parcelas (R\$)
0001 - Consumo entre 30 e 40 m³ BR	30,000 0,160000	4,80	7,84 27	3,19	7,84 0,08 0,01	
0001 - Consumo entre 31 e 100 m³ BR	70,000 0,450000	31,50	21,81 27	8,02	31,50 0,27 0,23	
0401 - Consumo entre 101 e 220 m³ BR	4,000 0,604000	2,42	2,13 27	0,79	2,42 0,03 0,16	
0002 - Adm. B. Amarela		0,74	0,74 27	0,28	0,74 0,01 0,03	
0001 - Adm. B. Verde/Am.		1,17	1,17 27	0,43	1,17 0,01 0,04	
0000 - Subtotal		35,11	33,11 27	10,00	35,11 0,32 1,47	
LANÇAMENTO DE SERVIÇOS						
0007 - CONTR. SERV. LLIM. PÚBLICA		1,78	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00	
0004 - JUROS DE MORA 10/2/10		0,00	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00	
0005 - MULTA 10/2/10		0,00	0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00	
0000 - Descontos e Retidos		-38,83	-0,00 0	0,00	0,00 0,00 0,00	
CC - Consumo de Classificação de 05 Item TOTAL				88,89	20,86	22,81 02,85 0,00 7,91
Tarifa: Leturas Atual 8331m³ - 3,16710 Atual 8331m³ - 3,16710				Ata 8227m³ - 0,427200		

media últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
107	19/11/2019	R\$ 58,99

Historico de Consumo (KWh)

132	112	117	134	115	108	112	111	91	111	97	90
Nov15	Dec15	Jan16	Feb16	Mar16	Apr16	May16	Jun16	Jul16	Aug16	Sep16	Oct16

RESERVADO AO FISCO

4ab0 2104 be30 71de f95f b15b 3cb4 af2b

Indicadores de Qualidade				Composição de Cimento		
	Limites do ANEL	Aprovado	Limite de Tensão (V)	Discriminantes	Valor (RS)	%
DIAMETRAL	5,37	2,00		Bençãos do Poder da Energia/PR	11,11	26,54
CM TRIANGULAR	10,15		NEUTRAL	Comércio Energia	18,29	27,14
DIAMETRAL	20,33			Serviço de Transmissão	1,52	2,86
CM QUADRADO	3,23	0,00	CONCRETAÇÃO	Gerador de Energia	1,59	2,86
CM TRIANGULAR	3,67		LIMITE INFERIOR	Redução de Energia (R) 0,00	79,45	47,41
CM QUADRADO	12,04		LIMITE SUPERIOR	Custo Energia	7,39	1,00
CM TRIANGULAR	2,85	0,00		Total	50,96	100,00
CM QUADRADO	12,22			Cálculo = (50,96 / 100) x 100 = 50,96		

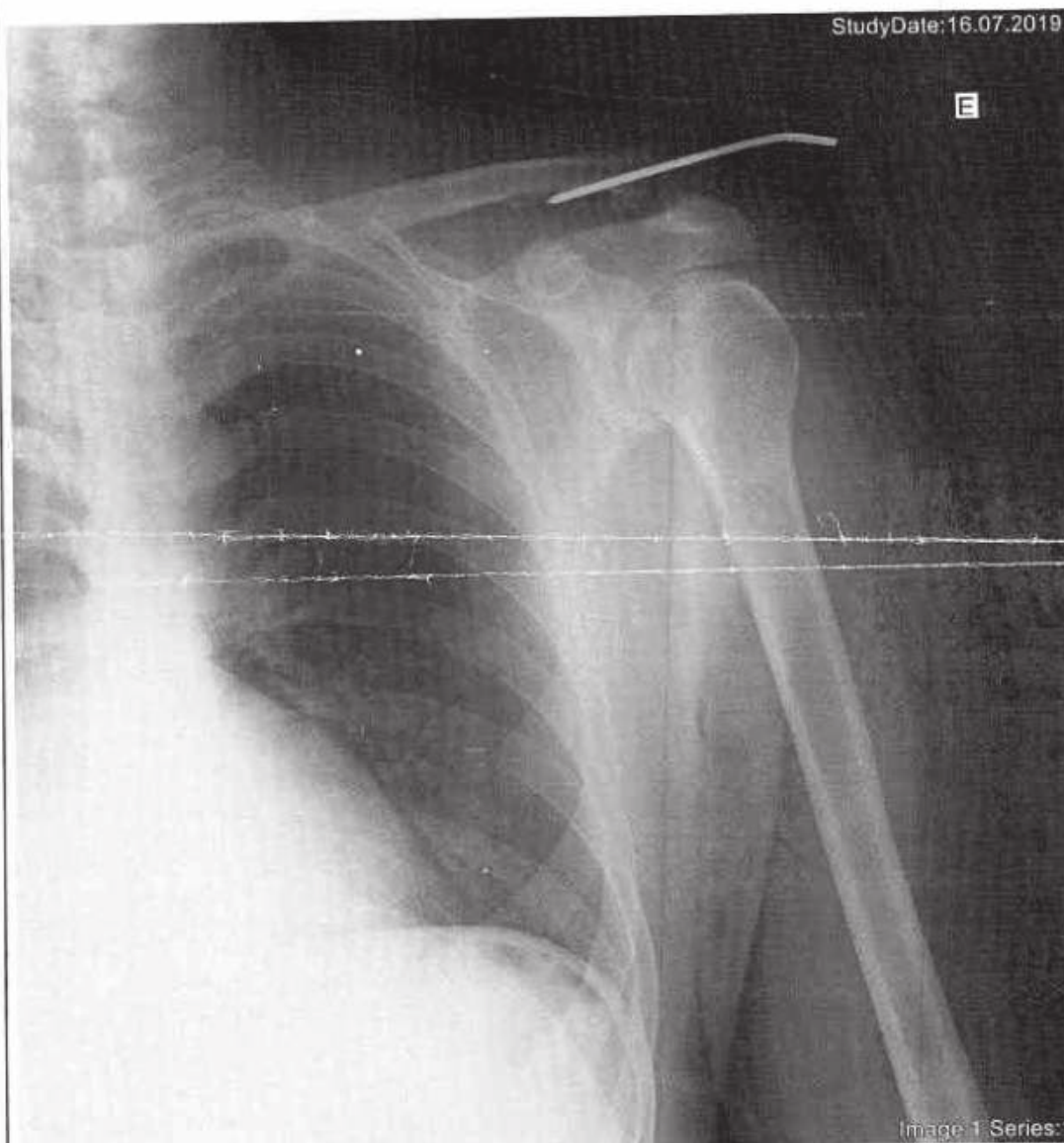
ATENÇÃO Faturas em atraso

Figuras em algarismo

PatientID: 000000082454
PatientName: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

Sex: Masculino
BirthDate: 15.11.1968
Age: 50a.

StudyDate: 16.07.2019



HTOP





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Osmar Tributino Pereira
DATA DE NASCIMENTO 15/11/68
NOME DA MÃE Maria Cirilo da Conceição

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 116433
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1171815
DATA DO ATENDIMENTO 20/06/19
HORA DO ATENDIMENTO 04:03
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Luxação acromioclavicular E.
CID 10 S43.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, Encaminhado do Ortotrauma, com história de acidente de moto, no dia 19/06/19, refere dor em ombro esquerdo, sem outras queixas, glasgow 15, movimenta os 4 membros, dor a palpação em ombro esquerdo. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, ombro E
USG)fast)


RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acromioclavicular E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de LAC

ALTA HOSPITALAR: 28/06/19
DATA DA EMISSÃO: 14/10/19


Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Documento de Alta

Nome: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA			Número Prontuário: 116433
Data de Nascimento: 15/11/1968	Sexo: Masculino	Data de internação: 20/06/2019 10:03:06	Data de Alta: 28/06/2019 06:52:26
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: conduta=ALTA APOS TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA			
Resumo da Internação: resumoInternacao=Data de Entrada : 20/06/2019,VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DIAGNOSTICO DE LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA, REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO POR DR. SANTINO, SEM INTERCORRENCIAS			
Resultado de Exames: resultadoExames=NO PRONTUÁRIO			
Tratamento: tratamento=TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA			
Diagnóstico: S43.1 - Luxação da articulação acromioclavicular			
Recomendações: recomendacoes=ORIENTAÇÕES, IMOBILIZAÇÃO, RECEITA MEDICA, CURATIVO DIARIO NO PSF, ATESTADO RETORNO AO HTOP COM DR SANTINO			

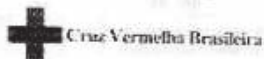
ATESTADO RETORNO AO
Dr. João Paulo Souto Casado
CRM: 11596 - PB

Data: 28/06/2019

JOAO PAULO SOUTO CASADO
CRM: 11596 - PB

Dr. Helsenberg Almeida
DANISTA EMERGENCIA CIRURGICA-HUETM
CRM/PB 6229
CNS: 980016277284148





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1171815



Identificação do paciente				
ID 1253057	Nome OSMAR TRIBUTINO PEREIRA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 15/11/1968	Idade 50 anos 7 meses 5 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA CIRILO DA CONCEICAO	Pai JOAQUIM TRIBUTINO PEREIRA		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
Escolaridade	DDD Celular 83		Telefone	
	Celular 99987422	DDD		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1742518	Nº Cns 700004214275505		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURTY (ORTOTRAUMA)	Tipo UNIDADES SAUDE		UF PB	
E-mail	Naturalidade CAMPINA GRANDE	CBD/R		
Endereço				
CEP 58059804	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ALGODÃO DA PRAIA	
Número 255	Complemento	Bairro MANGABEIRA		
Admissão				
Data e Hora 20/06/2019 04:03:11	Número da pulseira 1000007702470		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por MARCIO MACEDO DA SILVA				CID
				Tempo 39seg

Imprimir

20/06/2019 04:00

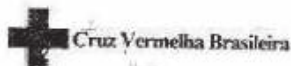


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:24

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911322438300000035166852

Número do documento: 20111911322438300000035166852

Num. 36845078 - Pág. 16



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente

OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

Data de nascimento

15/11/1968

Idade

50a 7m 5d

BAE

1171815

Sexo

Masculino

Data/Hora Entrada

20/06/2019 04:03:11

CNS

700004214275505

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 99987422

Prontuário

Mãe

MARIA CIRILO DA CONCEICAO

Endereço

ALGODÃO DA PRAIA, 255

Bairro

MANGABEIRA

Município

JOAO PESSOA

Acidente

VEICULO X MOTO

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Profissional

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES

Data/Hora Prescrição

20/06/2019 08:43:20

UF

PB

Nº Cons. Regional

3359/PB

Data/Hora Classificação

20/06/2019 04:03:11

ANAMNESE

PACIENTE PROVENIENTE DO TRAUMINHA, TRAZIDO PELA AMBULANCIA DO HOSPITAL, COM HISTORIA DE COLISAO MOTO X CARRO ÀS 23:30H DO DIA 19/06, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA INGESTA ALCOOLICA. NEGA TCE, VOMITOS, DESMAIO. NO MOMENTO REFERINDO DOR EM OMBRO ESQUERDO. NEGA ALERGIAS. NEGA PATOLOGIAS DE BASE. INFORMA QUE FOI ARREMESSADO APOS COLISAO. AO EXAME: A: VIA AEREA PERVIA, SEM COLAR CERVICAL, NEGA CERVICALGIA AO EXAME B: EUPNEICO, TORAX COM EXPANSIBILIDADE SIMETRICA, NAO PALPO CREPTACOES. NEGA DOR A PALPACAO DE ARCOS COSTAIS. C: NORMOCORADO, EXTREMIDADES BEM PERFUNDIDAS, ABDOME GLOBOSO, FLACIDO, INDOLOR. PELVE ESTAVEL. D: GLASGOW 15, MOVIMENTA OS 4 MEMBROS E: DOR A PALPACAO DE OMBRO ESQUERDO. AUSENCIA DE LESAO CUTANEA COM SANGRAMENTO ATIVO. AVALIADO NO CHM, ENCAMINHADO AO TRAUMA DEVIDO LESAO EM OMBRO ESQUERDO (VIDE ENCAMINHAMENTO) CD: PRIMEIRO ATENDIMENTO SOLICITO RX DE OMBRO ESQUERDO / FAST / RX DE TORAX PARECER DA ORTOPEDIA OBSERVAÇÃO CIRURGIA GERAL ALTA CIRURGIA GERAL.

→ APOS REAVALIAÇÃO.

Conduta

Em observação

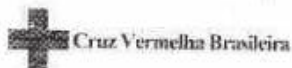
OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES
(: 3359/PB)

Walter Luiz B. Alves
CRM 3359
CPF: 238.722.854-1

Atendimento registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 20/06/2019 04:03:50





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente OSMAR TRIBUTINO PEREIRA	BAE 1171815	Data/Hora Entrada 20/06/2019 04:03:11	Data Baixa
Data de nascimento 15/11/1968	Idade 50a 7m 5d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 99987422
Mãe MARIA CIRILO DA CONCEICAO		CNS 700004214275505	Prontuário
Endereço ALGODÃO DA PRAIA, 255	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional REMO SOARES DE CASTRO	Nº Cons. Regional 2447/PB
Data/Hora Classificação 20/06/2019 04:03:11		Data/Hora Prescrição 20/06/2019 09:34:59	

ANAMNESE

- pte encaminhado de mangabeira com LAC no ombro esquerdo, visto rx e exame físico confirmado, internado para tratamento cirurgico, locado imobilização MJ a esquerda.

ETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 500,0 MG VIA ORAL, 8/8H- 12/12h
OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA
TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H
TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H

CUIDADOS

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA COMPLETO

COAGULOGRAMA COMPLETO

ICÓSE

REIA

Conduta

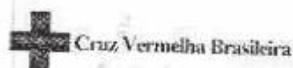
Em observação

OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

REMO SOARES DE CASTRO
(: 2447/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 20/06/2019 04:03:50





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente

OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

Data de nascimento

15/11/1968

Idade

50a 7m 5d

BAE

1171815

Sexo

Masculino

Data/Hora Entrada

20/06/2019 04:03:11

CNS

700004214275505

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 99987422

Prontuário

Mãe

MARIA CIRILO DA CONCEICAO

Endereço

ALGODÃO DA PRAIA, 255

Bairro

MANGABEIRA

Município

JOAO PESSOA

Acidente

VEICULO X MOTO

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Profissional

THIAGO FARIAS MENDONÇA FREITAS

Data/Hora Classificação

20/06/2019 04:03:11

Data/Hora Prescrição

20/06/2019 04:37:48

UF

PB

Nº Cons. Regional

10345/PB

ANAMNESE

PACIENTE PROVENIENTE DO TRAUMINHA, TRAZIDO PELA AMBULANCIA DO HOSPITAL, COM HISTORIA DE COLISAO MOTO X CARRO AS 23:30H DO DIA 19/06, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA INGESTA ALCOOLICA. NEGA TCE, VOMITOS, DESMAIO. NO MOMENTO REFERINDO DOR EM OMBRO ESQUERDO, NEGA ALERGIAS. NEGA PATOLOGIAS DE BASE. INFORMA QUE FOI ARREMESSADO APOS COLISAO. AO EXAME: A: VIA AEREA PERVIA, SEM COLAR CERVICAL, NEGA CERVICALGIA AO EXAME B: EUPNEICO, TORAX COM EXPANSIBILIDADE SIMETRICA, NAO PALPO CREPTACOES. NEGA DOR A PALPACAO DE ARCOS COSTAIS. C: NORMOCORADO. EXTREMIDADES BEM PERFUNDIDAS, ABDOME GLOBOSO. FLACIDO, INDOLOR, PELVE ESTAVEL. D: GLASGOW 15, MOVIMENTA OS 4 MEMBROS E: DOR A PALPACAO DE OMBRO ESQUERDO, AUSENCIA DE LESAO CUTANEA COM SANGRAMENTO ATIVO. AVALIADO NO CHM, ENCAMINHADO AO TRAUMA DEVIDO LESAO EM OMBRO ESQUERDO (VIDE ENCAMINHAMENTO) CD: PRIMEIRO ATENDIMENTO SOLCITO RX DE OMBRO ESQUERDO / FAST / RX DE TORAX PARECER DA ORTOPEDIA OBSERVAÇÃO

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

THIAGO FARIAS MENDONÇA FREITAS
(CRM: 10345/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 20/06/2019 04:03:50





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454547 - Tel:

Impresso por: JOAO PAULO
SOUTO CASADO
Em: 25/06/2019 08:31:42

Nome: SENAR TRIBUTINO PEREIRA		Soletim de Atendimento 1171815	Data/Hora Entrada 20/06/2019 04:03:11	Data/Hora Saída
Data de nascimento 15/11/1968	Idade: 50	Sexo Masculino	CNS 700004214275505	Prontuário 116433
Tempo de Internação 4d 22h 28min		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 20/06/2019 04:03:11	Data Internação 20/06/2019 10:03:06	Permanência na Unidade: 5d 4h 28min	Permanência no Leito: 4d 15h 22min	

PRODUÇÃO MÉDICA (JOAO PAULO SOUTO CASADO - 25/06/2019 08:22:57)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

EXATIDÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

LAC DE OMBRO ESQUERDO

PACIENTE EVOLUIU SEM QUEIXAS

EM DIETA, ELIMINAÇÕES PRESENTES, SONO E REPOUSO PRESERVADOS

IL ROL CIRURGICO OK

IL ROL ROLATORIO OK

GUARDA AGENDAMENTO

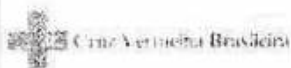
ROL VPM

ROL POSTO IB - CNF 14 Leito: LEITO - 001

Assinal responsável pela informação: JOAO PAULO SOUTO CASADO

MEDICO
Número Cartão: 11598





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454547 - Tel.:

Impresso por: JOAO PAULO
SOUTO CASADO
Em: 22/06/2019 06:49:24

	Boletim de Atendimento 1171815	Data/Hora Entrada 20/06/2019 04:03:11	Data/Hora Saída
	Sexo Masculino	CNS 700004214275505	Prontuário 116433
	Convênio SUS		Plantão NOTURNO
Data de Entrada 20/06/2019 04:03:11	Data Internação 20/06/2019 10:03:06	Permanência na Unidade: 2d 2h 46min	Permanência no Leito: 1d 13h 40min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO PAULO SOUTO CASADO - 22/06/2019 06:49:08)

TOPO

ACERTO MEDICA

ACERTO MEDICA

LAC DE OMBRO ESQUERDO

PACIENTE EVOLUIU SEM QUEIXAS

ACEITA DIETA, ELIMINAÇÕES PRESENTES, SONO E REPOUSO PRESERVADOS

ACERTO MEDICA

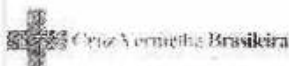
ACERTO MEDICA

ACERTO MEDICA

Dr. João Paulo S. Casado
R. 11598

Número Conselho: 11598





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -
CNES: 454647 - Tel:

Impresso por: JOAO PAULO
SOUTO CASADO
Em: 21/06/2019 06:36:27

Nome: CSOMAR TRISUTINO PEREIRA		Boletim de Atendimento 1171615	Data/Hora Entrada 20/06/2019 04:03:11	Data/Hora Saída
Data de Nascimento 15/11/1968	Idade 50	Sexo Masculino	CNS 700004214275505	Prontuário 115433
Tempo de Internação 20h 33min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 20/06/2019 04:03:11	Data Internação 20/06/2019 10:03:06	Permanência na Unidade: 1d 2h 33min		Permanência no Leito: 13h 27min

EVOLUÇÃO MÉDICA (JOAO PAULO SOUTO CASADO - 21/06/2019 06:33:20)

EXAME FÍSICO

PROCESSAMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#ORTOPEDIA

#LAC DE OMBRO ESQUERDO

PACIENTE EVOLUIU SEM QUEIXAS

ACENDIDA ELIMINAÇÕES PRESENTES, SONO E REPOUSO PRESERVADOS

SEM SINAIS DE CIRURGICO

SEM SINAIS

Seção: POSTO 15 - ENF 14 - Leito: LEITO - 001

Profissional responsável pela informação: JOAO PAULO SOUTO CASADO

Dr. João Paulo Souto Casado
CRM 11598

Número Conselho: 11598





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSU

NOME: **OSMAR TRIBUTINO PEREIRA** BE/PRONTUÁRIO: **1171815**
IDADE: _____ SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: _____ DATA: **26/6/2019**
CLÍNICA / SETOR: **ORTOPEDIA** EMP: _____ LR: _____
CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO ACROMIO CLAVICULAR ESQUERDO**
CIRURGIÃO: **DR SANTIN** 1º ASS: **MR2 DANIEL**
2º ASS: _____ 3º ASS: _____
INSTRUMENTADOR: _____ ANESTESISTA: _____
TIPO DE ANESTESIA: **BLOQUEIO+ SEDAÇÃO** HORÁRIO INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO	CID
LAC ESQUERDA	S420

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE LAC ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO
DESCRIÇÃO: _____
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA _____ TERAPIA INTENSIVA
_____ RESIDÊNCIA _____ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

Daniel Conserva Arruda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11134

DATA: **26/6/2019**



FEE TSHL

Médico/CRM:

Daniel Conserva Arruda
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11134

26/6/2019



1997

[Handwritten signature]





DATA: 2015/19

PRONTUÁRIO:

417 1815

PACIENTE: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

SENO: *M*

COR:

IDADE: 50

PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO			
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO <i>estável</i>			AP. CIRCULATÓRIO <i>estável</i>		
AP. DIGESTIVO <i>feijão</i>	ESTADO MENTAL <i>consciente</i>		DROGAS EM USO		<i>0</i>
PRÉ-ANESTÉSICO					ESTADO FÍSICO (ASA)
DOSE/HORA	<i>1ml de 200</i>				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>FRATURA UMSÃO ACROMIO CLAVICULAR</i>					
CIRURGIA REALIZADA <i>TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA UMSÃO ACROMIO CLAVICULAR</i>					
CIRURGIÃO <i>Dr. Santini</i>	AUXILIARES				
INÍCIO DA ANESTESIA <i>12:15</i>	TÉRMINO DA ANESTESIA <i>13:45</i>		DURAÇÃO DA ANESTESIA		
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.		VALORES R\$		
ANESTESISTA <i>Dr. Santini</i>	CPF		CRM-PB		

[illegible]

<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input checked="" type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
CINCA					
SUDOS					
Volume em ml:		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
GLUCOSE	1	Midazolam 5mg	11		
NAL	2	Levobupivacaine 100mg	12		
SANGUE	3	Propofol 2g	13		
FRIO	4	Propofol 100mg	14		
TOTAL	5	Propofol 0,1% 100ml	15		
DESTINO DO PACIENTE	6	Propofol 2g	16		
<input type="checkbox"/> API* <input type="checkbox"/> INFIRMARIA	7	Midazolam 2g 400mg	17		
<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	8	Levobupivacaine c/ vaso 100ml	18		
<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS	9		19		
	10		20		
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES					
Hemodinâmica + amniotomia, Venoclise prévia, realizada antes + punção com agulha 25G via intercostal + bloqueio local em região de dor, mantido em espontânea até 5/intercostal					
ASSINATURA DO ANESTESISTA					
FUNDASOR 026-1					

7. SIGNATURE OF AGENT

E INGLASD 006-1

Abdon Moreira Lustosa
Médico Anestesiologista
CRM-PB 4134



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: JOAQUIM TRIBUTINO PEREIRA

1280603235

174251E 00D

530.886.624-45 15/11/1968

JOAQUIM TRIBUTINO
 PEREIRA
 MARIA CIRILO DA
 CONCEIÇÃO

18/04/2016

26/04/2008

1280603235

18/04/2016

00418158516
 28032399871

04/04/2016



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA

RG: 1054562 SSP TO

CPF: 455.536.024-91 DATA NASCIMENTO: 02/04/1967

Endereço: JOSEFA GERVASIO DA SILVA

PERMISSÃO: 0000000000000000 REC: 0000000000000000 EXPIRA: 00/00/00

1ª EMISSÃO: 06/04/1989 2ª EMISSÃO: 10/11/2014 3ª EMISSÃO: 06/04/1989

VALIDA EM TODAS AS TERRITORIAIS NACIONAIS 1009001575

Assinatura: [Assinatura]

Assinatura de Emissão: [Assinatura]

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA: 11/11/2014

Assinatura: [Assinatura] 40378968469 95523545609

1009001575



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669806 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA **Data do acidente:** 20/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 11/12/13/17_CIRURGIA

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190669806 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA **Data do acidente:** 20/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG 11/12/13/17_CIRURGIA

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Osmar Tributino Pereira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão regente, residente e domiciliado à Rua Algodão da Praia, nº 514, bairro comangaluz, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 530.886.624, portador(a) do Rg nº 174.2513, SSP/ PB e CPF nº 530.886.624-49.

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Ag. F. Costa Duarte, nº 157, bairro comangaluz, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 53056-384, portador(a) do RG nº 1054562, SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Osmar Tributino Pereira, ocorrido em 20.10.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza criminal.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 20 de Novembro de 2019.

ARTÓRIO
EIRA BATISTA

Osmar Tributino Pereira
Outorgante
CPF Nº 530.886.624-49

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

2º OFÍCIO DE NOTAS
Belo Horizonte, 20 de Novembro de 2019.
Reconhecimento por autenticidade a firma de:
OSMAR TRIBUTINO PEREIRA
Dou fe, em testemunho da verdade, João Pessoa - PB, 20/11/2019 15:25:40
EMOL: R\$ 9,01 FEPJ: R\$ 1,06 FARPEN: R\$ 0,20 ISS: R\$ 0,50
BELO DIGITAL: AJK01218-GBME
Confira a autenticidade em <https://reldigital.tjpb.jus.br>
ALGERLAINE FELIX FERNANDES - ESCRIVENTE AUTORIZADA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426960/19

Vítima: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

CPF: 530.886.624-49

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 20/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

OSMAR TRIBUTINO PEREIRA : 530.886.624-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08000068720208152003

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 **OSMAR TRIBUTINO PEREIRA**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 17 de novembro 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



15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911322481800000035166856>
Número do documento: 20111911322481800000035166856

Num. 36845082 - Pág. 2