



Número: **0810237-13.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **07/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|---|--------------------|---|-------------------|
| LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA (AUTOR) | | IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO) | |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU) | | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) | |
| RAFAEL LARA DE FREITAS (TERCEIRO INTERESSADO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 38402861 | 14/01/2021 14:40 | Petição | Petição |
| 38402862 | 14/01/2021 14:40 | 2698928_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02 | Outros Documentos |
| 38402864 | 14/01/2021 14:40 | 2698928_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01 | Outros Documentos |

EM ANEXO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adailson Luiz de Oliveira Justino Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.354 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Suelio Eduardo Justino Torres inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.832.424 / 67 do sinistro de DPVAT cobertura Implicado da Vítima Suelio Eduardo Justino Torres inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.832.424 / 67, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

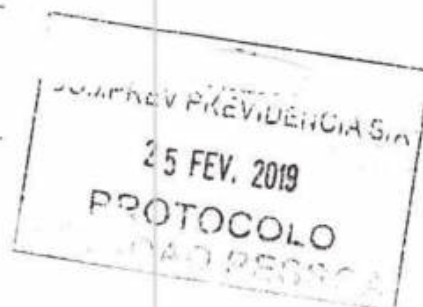
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | |
|--------------------------------------|--|---|-------------------------|
| Endereço <u>Pracado de Barros</u> | | Número <u>172</u> | Complemento |
| Bairro <u>Centro</u> | Cidade <u>João Pessoa</u> | Estado <u>PB</u> | CEP <u>58013-430</u> |
| Email <u>cc.p.edm@gmail.com</u> | Telefone comercial(DDD) <u>83-3506.1910</u> | Telefone celular(DDD) <u>83-98849-5530</u> | |

João Pessoa, 25 de fevereiro de 2019
Local e Data

Adailson Luiz de Oliveira Justino Neto
Assinatura do Declarante



DLRL.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Abulson Luiz de Queiroz Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o N° 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Eduardo Justino Tronça inscrito (a) no CPF sob o N° 416.832.424 / 67, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da vítima João Eduardo Justino Tronça inscrito (a) no CPF sob o N° 416.832.424 / 67, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | | | | |
|----------|-----------------------------|--------------------------|---------------------|------------------------|----------------------|
| Endereço | <u>Avenida Getúlio</u> | Número | <u>172</u> | Complemento | |
| Bairro | <u>Centro</u> | Cidade | <u>João Pessoa</u> | Estado | <u>PB</u> |
| CEP | <u>58013-430</u> | Telefone comercial (DDD) | <u>83-3506-1910</u> | Telefone celular (DDD) | <u>83-98849-5530</u> |
| E-mail | <u>cc.f.atendimento.com</u> | | | | |

João Pessoa - PB 01 de Outubro de 2019
Local e Data

Abulson Luiz de Queiroz Coutinho Neto
Assinatura da Declaração

CLDR, 001 V001/2017





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 | LUIS EDUARDO JUSTINO FRANÇA |
| DATA DE NASCIMENTO | 09/01/99 |
| NOME DA MÃE | MARIA DO SOCORRO JUSTINO |

DADOS EXTRAÍDOS

| | |
|------------------------|------------------------------|
| PRONTUÁRIO N.º | 105.769 |
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1.045.933 |
| DATA DO ATENDIMENTO | 03/12/17 |
| HORA DO ATENDIMENTO | 05:37 |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO | ACIDENTE DE MOTOCICLETA |
| DIAGNÓSTICO (S) | FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA |
| CID 10 | S42.0 |

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor na região da clavícula direita, com deformidade e limitação dos movimentos. Consciente orientado, Glasgow 15. Presença de fratura de clavícula direita. Internação para tratamento cirúrgico, operado e evoluiu bem.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula direita.

ALTA HOSPITALAR: 07/12/17

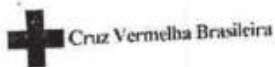
DATA DA EMISSÃO: 28/03/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

COMPREV PREVIDENCIAS S/A
25 FEV. 2019
PROTOCOLO
C. JOÃO PESSOA





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 LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA | BAE 1045933 | Data/Hora Entrada 03/12/2017 05:37:52 | Data Baixa |
| Data de nascimento 09/01/1999 | Idade 18 | Sexo Masculino | Telefone de Contato (83) 996339418 |
| Mãe MARIA DO SOCORRO JUSTINO | | CNS 700102997863116 | Pontuário |
| Endereço GOLFO DE WASH, SN | Bairro INTERMARES | Município CABEDELO | UF PB |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional VICTOR LINHARES LUGUINHO | Nº Cons. Regional 10894/PB |
| Data/Hora Classificação 03/12/2017 05:37:52 | | Data/Hora Prescrição 03/12/2017 07:30:55 | Senha |
| Convênio SUS | Nº Matrícula | | |
| Anamnese Paciente vítima de queda de moto queixa de dor em clavícula direita RX: fratura de clavícula direita cd: internamento para cirurgia | | | |
| DIETA DIETA LIVRE, VIA ORAL | | | |
| MEDICAÇÃO DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 8/8H OMEPAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 1,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H | | | |
| CUIDADOS SSVV + CCGG | | | |
| EXAME LABORATORIAL HEMOGRAMA COAGULOGRAMA COMPLETO | | | |
| CID10 S42.0 Fratura da clavícula | | | |
| Conduta Em observação | | | |

COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A
25 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Victor Linhares
CRM 8.34-88
CRM 10894-PB
VICTOR LINHARES LUGUINHO
(10894/PB)

LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

Boletim registrado por: IORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO em 03/12/2017 05:38:20





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 LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA | BAE 1045933 | Data/Hora Entrada 03/12/2017 05:37:52 | Data Baixa |
| Data de nascimento 09/01/1999 | Idade 18 | Sexo Masculino | CNS 700102997863116 |
| Mãe MARIA DO SOCORRO JUSTINO | | | Telefone de Contato (83) 996339418 |
| Endereço GOLFO DE WASH, SN | Bairro INTERMARES | Município CABEDELO | UF PB |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional VICTOR LINHARES LUGUINHO | Nº Cons. Regional 10894/PB |
| Data/Hora Classificação 03/12/2017 05:37:52 | | Data/Hora Prescrição 03/12/2017 07:30:55 | |
| Convênio SUS | Nº Matrícula | | Senha |
| Anamnese Paciente vítima de queda de moto queixa de dor em clavícula direita RX: fratura de clavícula direita cd: internamento para cirurgia | | | |
| DIETA DIETA LIVRE, VIA ORAL | | | |
| MEDICAÇÃO DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 8/8H OMEPAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 1,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H | | | |
| CUIDADOS SSVV + CCGG | | | |
| EXAME LABORATORIAL HEMOGRAMA COAGULOGRAMA COMPLETO | | | |
| CID10 S42.0 Fratura da clavícula | | | |
| Conduta Em observação | | | |

Dr. Victor Linhares
Médico
CRM 8124
CRM 10894

VICTOR LINHARES LUGUINHO
(: 10894/PE)

LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

Boletim registrado por: IORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO em 03/12/2017 05:38:20



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 14:40:01

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011414400111400000036622407

Número do documento: 21011414400111400000036622407



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Documento de Alta

| | | | |
|--|--------------------|--|--------------------------------------|
| Nome: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA | | | Número Prontuário: 105769 |
| Data de 09/01/1999 | Sexo: Masculino | Data de Internação: 03/12/2017 09:20:56 | Data de Alta: 07/12/2017 12:01:43 |
| Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR | | | |
| Conduta: RAFI CLAVÍCULA | | | |
| Resumo da Internação: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, EM BOM ESTADO GERAL. | | | |
| Resultado de Exames: | | | |
| Tratamento: RAFI CLAVÍCULA | | | |
| Diagnóstico: 2.0 - Fratura da clavícula | | | |
| Recomendações: REPOUSO RETORNO AMBULATORIAL EM 7 DIAS | | | |

Dr. Gustavo F. Mendonça
Ortopedia / Cir. Geral
CRM: 3786 / PB

GUSTAVO FARIAS MENDONÇA
CRM: 3786 - PB

Data: 07/12/2017





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 5803-090

Tel:

CNES: 6121221

| | | | | |
|---|--------------------|--|---|--|
| Paciente LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA | | BAE 1045933 | Data/Hora Entrada 03/12/2017 05:37:52 | Data Baixa |
| Data de nascimento 09/01/1999 | Idade 18 | Sexo Masculino | CNS 700102997863116 | Telefone de Contato (83) 996339418 |
| Mãe MARIA DO SOCORRO JUSTINO | | Prontuário | | |
| Endereço GOLFO DE WASH, SN | | Bairro INTERMARES | Município CABEDELO | UF PB |
| Acidente QUEDA / OUTROS | | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional FELIPE FREITAS DINIZ DE LIMA | Nº Cons. Regional 10190/PB |
| Data/Hora Classificação 03/12/2017 05:37:52 | | Data/Hora Prescrição 03/12/2017 05:42:52 | | |
| Convênio SUS | | Nº Matricula | Senha | |
| Anamnese | | | | |
| CIRURGIA GERAL - 1º ATENDIMENTO# PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, ENCONTRA-VA-SE COM CAPACETE; A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL ESTÁVEL; B: RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, DRIVE VENTILATÓRIO SEM ALTERAÇÕES; C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE; D: ECG 15; E: ESCORIAÇÕES EM MSD E MID, E DORSO. CLÁVICULA DIREITA APARENTEMENTE FRATURADA. | | | | |
| CUIDADOS | | | | |
| SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA | | | | |
| EXAME DE IMAGEM | | | | |
| RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) | | | | |
| RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES) | | | | |
| CID10 | | | | |
| Código | Descrição | | | |
| R52.0 | Dor aguda | | | |
| Conduta | | | | |
| Em observação | | | | |

LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

FELIPE FREITAS DINIZ DE LIMA
(: 10190/PB)

Boletim registrado por: IORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO em 03/12/2017 05:38:20



22/12/2017

- TiMed



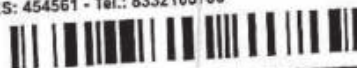
Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JO:O PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1045933



| | | | | |
|--|--|---------------------------|--|-------------------|
| Identificação do paciente | | | | Sexo Masculino |
| ID 1236687 | Nome LUIZ EDUARDO JUSTINO FRANCA | | Estado civil | Religião |
| Data de nascimento 09/01/1999 | Idade 18 anos 11 meses 13 dias | | Prontuário 105769 | |
| Mãe MARIA DO SOCORRO JUSTINO | Pai JOSUE LUCENA DE FRANCA | | Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A) | |
| Escolaridade | DDD Fixo | | Fone Fixo | |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 996339418 | | Nº Cns 700102997863118 | |
| Tipo documento | Número documento | | UF PB | |
| Local de procedência CABEDELO | Tipo MUNICIPIO | | CBO/R | |
| Email | Naturalidade CAMPINA GRANDE | | | |
| Endereço | | | | |
| CEP 58102128 | Município de residência CABEDELO | UF PB | Logradouro GOLFO DE WASH | |
| Número SN | Complemento | Bairro INTERMARES | | |
| Admissão | | | | |
| Data e Hora 03/12/2017 05:37:52 | Número da pulseira 1000006289699 | | Convênio SUS | |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | Clínica | | Origem do paciente RUA | |
| Classificação de risco | Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA | | Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS | |
| Caráter de atendimento | | | | |
| Indicadores e Transporte | | | | |
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Veio de ambulância Não | Trauma Não | |
| Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS | Quem transportou | | | |
| Sinais Vitais | | | | |
| PA | X | mmHg | Pulso | Temperatura |
| Exames complementares | | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] |
| ECG [] | | Ultrasonografia [] | | |
| Dados clínicos | | | | |
| Diagnóstico | | | | CID |
| Atendido por JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO | | | | Tempo 28seg |

Imprimir

Imprimir&id=1045933



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 14:40:01

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011414400111400000036622407

Número do documento: 21011414400111400000036622407



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



Número: _____
Paciente: Dr. Eduardo Justino Gomes
Procedimento: Tratamento Cirurgico de fratura de clavícula
SUS: () Não SUS ()
Médico: Dr. José Henrique de Ara. Ferreira
Prontuário: 1045933
Data: 05 / 12 / 17
Caixa Pronta: _____

| DISPENSÇÃO - CME | | | | |
|------------------|--|------------|------------|-------|
| FORNECEDOR | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | QUANTIDADE | CÓDIGO SUS | MARCA |
| TM Caruige | Placa de Reconstrução anular de 08 furos | 01 | | |
| " | Parafuso Cortante (6x.3.5) | 04 | | |
| TM Caruige | TC 16 | 02 | | |
| Artimix | Fio de Kirschman 1620 19 guia | 01 | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| DISPENSÇÃO - FARMÁCIA | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|------------|-------|
| FORNECEDOR | DESCRIÇÃO DO PRODUTO | QUANTIDADE | MARCA |
| Promedical | Aguilha p/ bloqueio de placa A-50 | 01 | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |


ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Flaviana Lima
ASSINATURA ENFERMEIRO - COREN

Flaviana Lima
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

F(NG) APC.013-2



| | | |
|---|---|---|
|  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 | | 4 - CNES |
| Identificação do Paciente | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | | 9 - SEXO |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | | 11 - TELEFONE DE CONTATO |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 14 - CÓDIGO MUNICÍPIO |
| | | 15 - UF |
| | | 16 - CEP |
| 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) | | |
| MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | | |
| 18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR | | 19 - CÓD PROCEDIMENTO - ANTERIOR |
| 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA | | 21 - CÓD PROCEDIMENTO - MUDANÇA |
| 22 - DIAGNÓSTICO GERAL | | 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 <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III | | |
| 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 30 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 33 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | | 36 - CÓD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |
| 38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO | | |
| 01 - Placa de Reconstrução óssea de osso. <i>Autossintese</i> <i>Tr. Cirúrgica - Gl. 3.5</i> <i>Parafusos Corticóides</i> <i>nº 14 - 04 unidades</i> <i>nº 16 - 02 unidades</i> <i>01 - fio de Kirschner</i> <i>me 20 p/ guia.</i> <i>01 - Agulha p/ bloqueio</i> <i>de plexo A-50.</i> | | |
| 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | | |
| 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO | | 41 - DOCUMENTO |
| 42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE | | 43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |
| 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | |
| 45 - CÓD URGÃO EMISSOR | | 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO |
| 47 - DOCUMENTO | | 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |
| 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | |





RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Luís Edmarco F. Fikma BE/Prontuário: 1045933
Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 05/12/14
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Trat. cirúrgico de fratura de clavícula direita
Cirurgião: Dr. João F. Fikma 1º Assistente: Dr. Orlando
2º Assistente: Dra. Jessyka (R2) 3º Assistente: _____
Instrumentador: Wellington Anestesista: Dr. Guilherme
Tipo de Anestesia: bloqueio regional Horário: Início: _____ Término: _____
+ geral

| Diagnóstico Pós-Operatório: | CID |
|----------------------------------|-----|
| <u>Fratura clavícula direita</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|--------------------------|--------|
| <u>Fratura aberta</u> | |
| <u>Enxerto ósseo</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

(X) Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dra. Jessyka Emilia F. Rabêlo
CRM: _____

João Pessoa, 05/12/14

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



| DESCRIÇÃO DA CIRURGIA |
|---|
| Posição e Preparo: Cintilografia de mama esquerda Paciente em decúbito dorsal em cadeira de mesa de exames Anestesia + antiespasmódico de 10mg e 450 Grupos de Campos Cirúrgicos: 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º, 8º, 9º, 10º, 11º, 12º, 13º, 14º, 15º, 16º, 17º, 18º, 19º, 20º, 21º, 22º, 23º, 24º, 25º, 26º, 27º, 28º, 29º, 30º, 31º, 32º, 33º, 34º, 35º, 36º, 37º, 38º, 39º, 40º, 41º, 42º, 43º, 44º, 45º, 46º, 47º, 48º, 49º, 50º, 51º, 52º, 53º, 54º, 55º, 56º, 57º, 58º, 59º, 60º, 61º, 62º, 63º, 64º, 65º, 66º, 67º, 68º, 69º, 70º, 71º, 72º, 73º, 74º, 75º, 76º, 77º, 78º, 79º, 80º, 81º, 82º, 83º, 84º, 85º, 86º, 87º, 88º, 89º, 90º, 91º, 92º, 93º, 94º, 95º, 96º, 97º, 98º, 99º, 100º |
| Incisão: Cura de 2cm em haste em ombro direito Exatidão de 1cm e 1cm por planos anatômicos Cuidados de hemostasia |
| Achados: Lesão multifragmentada de tipo médio de clavicula direita. |
| Conduta: Remoção de tecido Preparo de pele da área Redução da pele + fixação com fios K Folha de gaze com placa de compressão de 8 fios + curativos de 2x2 Remoção de fios K Drenagem com SF 0.91 Folha de hemostasia |
| Fechamento: Sutura por planos anatômicos Curativos de 2x2 |
| Observação: Procedimento concluído |

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM: 144001

João Pessoa, 05/12/11

Médico/CRM:

F(NG).ASCIR.009-1





Nota de Sala Cirúrgica

Nº 1011

| | |
|--|--------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <u>João Eduardo Justino Gomes</u> | |
| IDADE: <u>12</u> BE: <u>1015933</u> PRONTUÁRIO | ENFERMARIA: <u>LEITO</u> |
| CIRURGIÃO: <u>Tratamento Cirúrgico de fratura de Clavicula</u> | |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. João Gonçalves + Dr. Jussara</u> | |
| ANESTESIA: <u>Sedação de boca + Geral</u> | |
| ANESTESISTA: <u>Dr. Gilvander</u> | |
| INSTRUMENTADOR: <u>Robinson + Ana Paula</u> | |
| DATA: <u>05/12/17</u> TEMPO CIRÚRGICO: <u>03:00 PM</u> INÍCIO: <u>03:30 PM</u> FIM: <u>10:40</u> | |
| ÍNDICE DE RISCO DE CÍRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS) | |
| RISCO DE CONTAMINAÇÃO: (1) LIMPA (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA | |
| MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD. | |
| ALFENTANIL | <u>2ml RL</u> |
| BUPIVACAÍNA ISOBAUCA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| BUPIVACAÍNA PESADA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| CETAMINA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| DROPERIDOL | <u>2ml Fisiológico</u> |
| MIDATO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| FENOBARBITAL | <u>2ml Fisiológico</u> |
| FENTANIL | <u>2ml Fisiológico</u> |
| FLUMAZENIL | <u>2ml Fisiológico</u> |
| ISOFLURANO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| VOBUPIVACAÍNA C/ VASO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| LIDOCAÍNA C/ VASO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| LIDOCAÍNA S/ VASO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| MIDAZOLAM | <u>2ml Fisiológico</u> |
| MORFINA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| NITROGLICERINA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| PANCRÔNIO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| PETIDINA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| PROPÓFOL | <u>2ml Fisiológico</u> |
| RAMIFENTANIL | <u>2ml Fisiológico</u> |
| ROCURÔNIO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SEVOFLURANO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SUXAMETÔNIO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| TIOPENTAL | <u>2ml Fisiológico</u> |
| MEDICAÇÕES QTD. | |
| TRENALINA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| UA DESTILADA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| ATROPINA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| BEXTRA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| CEFAZOLINA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| CLAMETASONA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| CLORONA SÓDICA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| EPEDRINA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| FUROSEMIDA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| GLICOSE 50% | <u>2ml Fisiológico</u> |
| GLUCONATO DE CÁLCIO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| HIDROCORTISONA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| LIDOCAÍNA GELÉIA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| ONDASENTRONA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| PLASIL | <u>2ml Fisiológico</u> |
| PROSTIGMINE | <u>2ml Fisiológico</u> |
| PROTAMINA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| TENOXICAN | <u>2ml Fisiológico</u> |
| MATERIAIS CONT. QTD. | |
| JELCO Nº18 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| JELCO Nº20 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| JELCO Nº22 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| JELCO Nº24 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº | <u>2ml Fisiológico</u> |
| LÂMINA BISTURI Nº11 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| LÂMINA BISTURI Nº15 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| LÂMINA BISTURI Nº23 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| LÂMINA BISTURI Nº24 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| LÂMINA DE DERMATOMO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| LÂMINA DE ENXERTO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| LUVA DE PROCEDIMENTO PAR. | <u>2ml Fisiológico</u> |
| LUVA ESTÉRIL Nº7,0 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| LUVA ESTÉRIL Nº7,5 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| LUVA ESTÉRIL Nº8,0 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| LUVA ESTÉRIL Nº8,5 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| MÁSCARA CIRÚRGICA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| MULTÍTIAS | <u>2ml Fisiológico</u> |
| PERFORADOR DE SORO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SCALP Nº19 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SCALP Nº21 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SERINGA 3ML | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SERINGA 5ML | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SERINGA 10ML | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SERINGA 20ML | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SONDA FOLEY 2VIAS Nº14 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SONDA NASOG. CURTA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SONDA NASOG. LONGA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SONDA URETRAL Nº | <u>2ml Fisiológico</u> |
| TORNEIRINHA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| TUBO ENDOTRAQUEAL Nº8,0 | <u>2ml Fisiológico</u> |
| TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | <u>2ml Fisiológico</u> |
| TUBO ENDOTRAQUEAL Nº | <u>2ml Fisiológico</u> |
| TUBO SILICONE (LATEX) | <u>2ml Fisiológico</u> |
| FIOS QTD. | |
| FIO ALGODÃO S/A Nº | <u>2ml Fisiológico</u> |
| FIO ALGODÃO S/A Nº | <u>2ml Fisiológico</u> |
| FIO ALGODÃO C/A Nº | <u>2ml Fisiológico</u> |
| FIO ALGODÃO C/A Nº | <u>2ml Fisiológico</u> |
| EQUIPAMENTOS | |
| ASPIRADOR | <u>2ml Fisiológico</u> |
| BISTURI ELÉTRICO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| CARTELO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| MONITOR | <u>2ml Fisiológico</u> |
| DESBILADOR | <u>2ml Fisiológico</u> |
| FOCO AUXILIAR | <u>2ml Fisiológico</u> |
| FOCO CENTRAL | <u>2ml Fisiológico</u> |
| MICROSCÓPIO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| MONITRIZ DE PULSO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| INVASIVIDADE INVASIVA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| PERFORADOR ELÉTRICO | <u>2ml Fisiológico</u> |
| SERRA | <u>2ml Fisiológico</u> |
| CIRCULANTE | <u>2ml Fisiológico</u> |

Flaviano Gomes - 385571
FONE: ASCR 011-3



DATA: 06/12/17

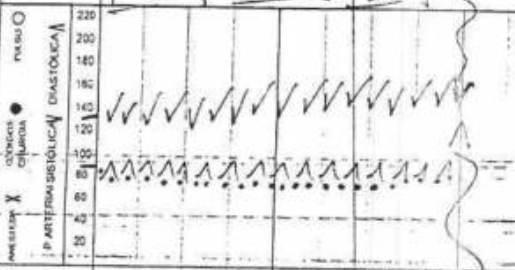
PRONTUÁRIO: 1045933

3174

| | | | |
|--|----------|-----------------------------|----------------------------------|
| PACIENTE: Luis Eduardo Justino | SEXO: M | COR: B | IDADE: 18 anos |
| PRESSÃO ARTERIAL 120/80 | PULSO 78 | RESPIRAÇÃO 12 | TEMPERATURA PESO GRUPO SANGÜINEO |
| ESTADO GERAL () BOM (x) REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO () BOM (x) REGULAR () MAU () PÉSSIMO | | | |
| EXAMES COMPLEMENTARES VEX. PRELIMINAR - VISTO - nega alergias | | | |
| AP. RESPIRATÓRIO MV+ em ambos Hmt | | AP. CIRCULATÓRIO OK | |
| AP. DIGESTIVO Em jejum | | ESTADO MENTAL ORIENTADO | |
| PRÉ-ANESTÉSICO | | DROGAS EM USO - | |
| DOSE/HORA Dexamet + fentanil | | ESTADO FÍSICO (ASA) II | |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura de clavícula (D) | | | |
| CIRURGIA REALIZADA Pto cirúrgico de fratura de clavícula (D) | | | |
| CIRURGIAO DE: | | AUXILIARES DE: | |
| INÍCIO DA ANESTESIA 09:00h | | TÉRMINO DA ANESTESIA 11:00h | |
| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | VALORES RS/ | |
| ANESTESISTA DE: Gilvandro MS PF | | CRM-PB 16686 | |

| | | | | |
|---------|--------|------------------|--|--------|
| AGENTES | 09:00h | + 2da PARADA (H) | | |
| U3 | | 10:00h | | 11:00h |
| N2U | | | | |

| | | | |
|--------------|--------------|--------------|--|
| 500 mL se | 500 mL se | 500 mL se | |
|--------------|--------------|--------------|--|

[illegible]

| | | | | | | |
|-----------------|--|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------------|
| ANESTESIA GERAL | | <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA | <input type="checkbox"/> EPIDURAL | <input checked="" type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO | <input type="checkbox"/> BLOQ. NERVO | <input type="checkbox"/> OUTROS |
|-----------------|--|-------------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------------|

| Líquidos | | Medicamentos e materiais usados no ato anestésico | |
|---|-------------------------------------|---|---------------------|
| Volume em ml | | | |
| GLICOSE | 1 NOVA BLP el Vaso | 11 | etopropeno 100mg EV |
| HAL | 2 Lidocaína 2% el Vaso | 12 | Rocuronio |
| SANGUE | 3 Propofol 150 mg | 13 | |
| RINGER | 4 fentanil 200 mcg | 14 | |
| TOTAL | 5 Desmodia 5 mg | 15 | |
| DESTINO DO PACIENTE | 6 Rocuronio 80 mg | 16 | |
| <input type="checkbox"/> APT ¹ | <input type="checkbox"/> ENFERMARIA | 7 cefazolin 2g | 17 |
| <input type="checkbox"/> UTI | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | 8 androsterona 2mg | 18 |
| <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS UKPA | | 9 dexmedetomidina 10mg | 19 |
| | 10 Diprivan 200 | 20 | |

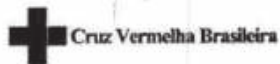
Técnica: Paciente mantida em decúbito à ventral com flexão em mae fixo
Assupria / Antissupria da região cervical anterior pl Boquim deplex Blaquial
com eq. n° 250 + neuroestimulador elétrica transcutânea combinado com pñe oxig.
mod. em fioz. à 100% fixo fisiológico com Tor (p° 8) conectado à um do
Aparelho de Anestesia e mantido com sedulismo. Efeito Satisfatório.

SIGNATURE DO ANESTESISTA

F (VQ) AS CIR 026.1

61C VMS-6683
Zilwaukee Lms. 6688





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Documento de Alta

| | | | |
|---|---------------------------|---|---|
| Nome: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA | | | Número Frontuário: 105769 |
| Data de 09/01/1999 | Sexo: Masculino | Data de Internação: 03/12/2017 09:20:56 | Data de Alta: 07/12/2017 12:01:43 |
| Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR | | | |
| Conduta: RAFI CLAVÍCULA | | | |
| Resumo da Internação: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, EM BOM ESTADO GERAL. | | | |
| Resultado de Exames: | | | |
| Tratamento: RAFI CLAVÍCULA | | | |
| Diagnóstico: S42.0 - Fratura da clavícula | | | |
| Recomendações: REPOUSO RETORNO AMBULATORIAL EM 7 DIAS | | | |

Dr. Gustavo Farias Mendonça
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 6786 - PB

Data: 07/12/2017

GUSTAVO FARIAS MENDONÇA
CRM: 6786 - PB





HEMOBRA
HEMOCENTRO DA PARAIBA

Crédito de Sangue

o Sr.(a) JOSE CARLOS DE OLIVEIRA JUNIOR - 010167124
doou sangue, ao(s) HEMOCENTRO DA PARAIBA
na data de 06/12/2017

o Sr.(a) LUIZ ALBERTO SILVA DE SENA - 010077178
doou sangue, ao(s) HEMOCENTRO DA PARAIBA
na data de 05/12/2017

Paciente : LUIZ EDUARDO JUSTINO FRANÇA

Paciente : LUIZ EDUARDO JUSTINO FRANÇA

Hospital : HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Hospital : HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Tipo de doação : REPOSIÇÃO

Tipo de doação : REPOSIÇÃO

Em: 05/12/2017

Em: 05/12/2017

Chava
Ednalva G. G. Albuquerque
Enfermeira
COREN-PB 233.268

Fernanda L. Mendonça
Aux. Enfermagem
COREN 106081

Responsável

Responsável

Av. D. Pedro II, 1119 - Torre

João Pessoa

Doação : 0125171206096

Av. D. Pedro II, 1119 - Torre

João Pessoa

Doação : 0125171206096





Requisição de Exames



REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº BE - PRONTUÁRIO

| | | | | | |
|---|---------------------------|-------|---------|----------|-----------------------|
| NOME DO PACIENTE: Luís Eduardo Sestino Franca | | | IDADE: | | DATA: 18/01/17 |
| SEXO: () MASC. () FEM. | COR: () B () P () A | PESO: | ALTURA: | CLÍNICA: | ENF-LEITO: |
| DADOS CLÍNICOS: | | | | | |
| MATERIAL A EXAMINAR: | | | | | |
| EXAMES SOLICITADOS: Rx de ombro @ AP | | | | | |
| <div><div>Dr. Matheus Oncopeda e Traumatologia</div><div>Dr. Matheus Oncopeda e Traumatologia</div></div> Carimbo e Assinatura do Médico | | | | | |

F(NG).LAB.007-1



Requisição de Exames



REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº BE - PRONTUÁRIO

| | | | | | |
|--|---------------------------|-------|---------|----------|------------|
| NOME DO PACIENTE: LUIS EDUARDO G. FRANCA | | | IDADE: | | DATA: |
| SEXO: () MASC. () FEM. | COR: () B () P () A | PESO: | ALTURA: | CLÍNICA: | ENF-LEITO: |
| DADOS CLÍNICOS: | | | | | |
| MATERIAL A EXAMINAR: | | | | | |
| EXAMES SOLICITADOS: Rx CLAVICULA D AP | | | | | |
| <div><div>Dr. Edson D. Mendes Oncopeda e Traumatologia</div></div> Carimbo e Assinatura do Médico | | | | | |

F(NG).LAB.007-1



09/01/89



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Luís Eduardo

Justino França

DATA DO ATENDIMENTO: / /

Nº PRONTUÁRIO: FICHA:

MÉDICO (CARIMBO):

DIAGNÓSTICO:

PROCEDIMENTO: ortopedia

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

3221.0369

F(NG).APC.035-1



| DATA DE RETORNO | ESPECIALIDADE | TURNO | SALA |
|-----------------|------------------------------|-------|------|
| 14/12 | Dr. Timoco | 12:00 | |
| 18/01/18 | Dr. Edson ^{on bptu} | 12:00 | |
| 08/02/18 | EDSON | 12h | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

F(NG).APC.035-1





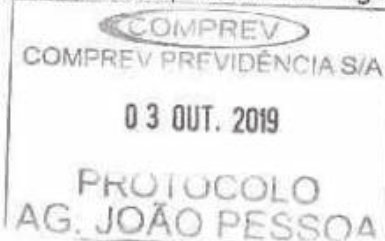
CERTIDÃO

Nº. 0393/2019

Atendendo solicitação de ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº177610 e prontuário nº 2018.10.4573 pertencente a **LUIS EDUARDO JUSTINO FRANÇA** que foi atendido dia 30/10/2018 às 20h45min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidenciou fratura do osso do carpo esquerdo. Procedimento cirúrgico dia 01/11/2018 e alta médica dia 14/11/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.



João Pessoa, 29 de março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde

CRM/PB 3883

Rosângela M. Escorel Almeida

Médica da Vigilância à Saúde

CRM-PB 3883





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

| | | | | | |
|---|---|---------------|------------|-------------------|----------|
| Nome: | Luci Edson Pessoa França | | | Data da Admissão: | 30/10/18 |
| Prontuário: | Idade: | Enfermaria: | Leito: | | |
| Nome da Mãe: | | | | | |
| Endereço: | Bairro: | | | | |
| Cidade: | Estado: | Fone: | Profissão: | | |
| Sexo: F () M () | Cor: | Estado Civil: | Religião: | | |
| Escolaridade: | Data de Nascimento: | | | / / | |
| QPD: | Do SIA Puro 5 Ha 012m | | | | |
| HDA: | P. VITIM X QDRO DE MOTOCICLO COM 27 5 - NÃO O AMO 6 | | | | |
| Medicações em uso: | | | | | |
| Interrogatório Sintomatológico: | | | | | |
| Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <input type="checkbox"/> Kg em <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: | | | | | |
| Pele: | | | | | |
| Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: <input type="checkbox"/> Visão: <input type="checkbox"/> | | | | | |
| AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Outros: | | | | | |
| ABD: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume | | | | | |
| AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: | | | | | |
| SME: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposouso <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos | | | | | |
| SN e PSO: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor | | | | | |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____
Cirurgias: _____ [] HTF
[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa
[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____
[] Alcoolismo _____
Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____
Geral: _____
Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____
Gânglios: _____
Pele: _____
ACV: _____
AR: _____
ABD: _____
AGU: _____
SME: _____
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *F < Lesão no OMS no 12/10/06*

Conduta: *Insuf. P/ 100 mm*

Dr. Thales Farias
CRM: 1799





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | |
|---|-------------------------------|-------------------------|------------------|-------------------------|-------------|
| Nome: <u>Luiz Eduardo Martins Figueira</u> | | | | Registro: | |
| Idade: <u>19</u> | Sexo: <u>M</u> | Cor: <u></u> | Clinica: <u></u> | EMP: <u></u> | LR: <u></u> |
| Data: <u>08/11/18</u> | Cirurgião: <u>Dr. Tiberio</u> | | | 1º Assistente: <u></u> | |
| 2º Assistente: <u></u> | | 3º Assistente: <u></u> | | Instrumentador: <u></u> | |
| Anestesista: <u></u> | | Tipo Anestesia: <u></u> | | Horário: <u>I:</u> | <u>T:</u> |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| <u>Leitão - Leão 5 tumorocapular</u> | | | | | |
| <u>217</u> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| <u>O mesmo</u> | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | CÓDIGO | |
| <u>Redução tumoral sob sedação</u> | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (✓) Não | | | | Descreva: <u></u> | |
| Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (✓) Não | | | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (✓) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. Pac. em DMF sob sedas-

Incisão:

Achados:

2. No exame = Fratura lateral transito-transverso-
peroneal exp.

Conduta:

3. Redução imediata e fixação do osso
} Imobilização
} da articulação
4. A reparação é grande Hto deformante

Fechamento:

OBS:

Data:

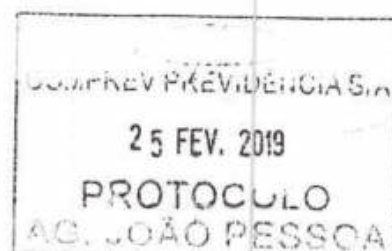
01/11/18

Dr. Tiberio Vanomark
Ortopedia / Cirurgia de Mão
CRM-PR 352 / TEOT 14840

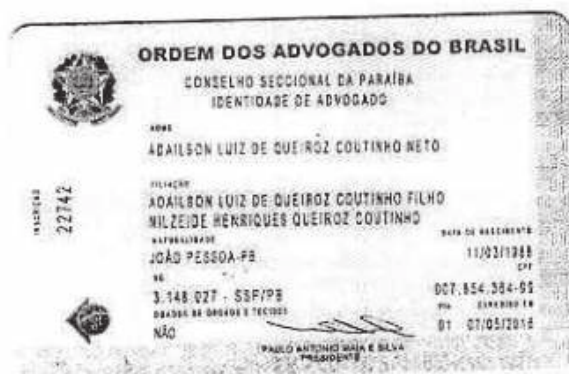
MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.










RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348524/19

Vítima: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

CPF: 116.832.424-67

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 30/10/2018

Titular do CPF: LUIS EDUARDO JUSTINO
FRANCA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA : 116.832.424-67

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Recadastado 3190572303

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: 08/10/2019
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



PROCURAÇÃO

| | | | |
|----------------|-----------------------------|------------------|---|
| OUTORGANTE: | Luís Eduardo Justino Franca | | |
| NACIONALIDADE: | Brasileiro | ESTADO CIVIL: | Solteiro |
| PROFISSÃO: | Advogado | Nº DO RG: | 4.047.444 |
| ORGÃO EMISSOR: | SSDS/PB | DATA DE EMISSÃO: | 20/06/17 |
| Nº DO CPF: | 116.832.424-67 | ENDEREÇO: | Parque Solon de Lucena, nº 205, Aptº 104, Bl B, Centro, João Pessoa - PB, cep 58013-131 |

| | | | |
|----------------|--|------------------|--|
| OUTORGADO: | ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO | | |
| NACIONALIDADE: | BRASILEIRO | ESTADO CIVIL: | SOLTEIRO |
| PROFISSÃO: | ADVOGADO | Nº DO RG: | 22.742 |
| ORGÃO EMISSOR: | OAB-PB | DATA DE EMISSÃO: | 07/05/2016 |
| Nº DO CPF: | 007.854.364-99 | ENDEREÇO: | AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430. |

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Luís Eduardo Justino Franca, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Cabedelo - PB, 30 de Agosto de 20 18.



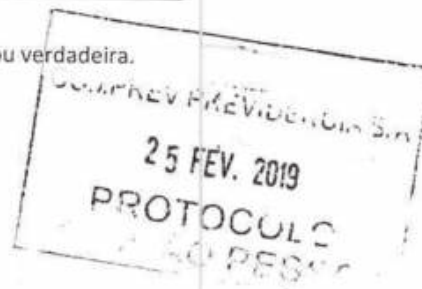
Luís Eduardo Justino Franca
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registral
1º Ofício de Notas e Privativo de Registro Imobiliário
Rua Ademar Pereira, 59 - Centro - CEP 58013-131 - Cabedelo - PB
Fone (For. PB) 3328-1142

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA
Em testada verdade, Cabedelo-PB 30/08/2018 16:19:38
Roberto Regio de Melo Andrade - Substituto
[2018-009061]EML:R\$ 49,48 FASPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47
SELO DIGITAL: ANK63885-FB01
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROCURAÇÃO

| | |
|---|----------------------------------|
| OUTORGANTE: <u>Luis Eduardo Justino Franco</u> | |
| NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u> | ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u> |
| PROFISSÃO: <u>Coixa</u> | Nº DO RG: <u>4047.444</u> |
| ORGÃO EMISSOR: <u>SSDS/PB</u> | DATA DE EMISSÃO: <u>20/06/17</u> |
| Nº DO CPF: <u>116.832.424-67</u> | ENDEREÇO: <u>Porque Selen</u> |
| <u>di bucoma, nº 205, Rda 104, Bl. B, Centro, João Pessoa - PB,</u> | |
| <u>cep 58013-131</u> | |

| | |
|---|--|
| OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO | |
| NACIONALIDADE: <u>BRASILEIRO</u> | ESTADO CIVIL: <u>SOLTEIRO</u> |
| PROFISSÃO: <u>ADVOGADO</u> | Nº DO RG: <u>22.742</u> |
| ORGÃO EMISSOR: <u>OAB-PB</u> | DATA DE EMISSÃO: <u>07/05/2016</u> |
| Nº DO CPF: <u>007.854.364-99</u> | ENDEREÇO: <u>AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO</u> |
| <u>CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.</u> | |

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Luis Eduardo Justino Franco, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Colêdo - PB, 30 de Agosto, 2018.

Figueiredo Dornelas
Serviço Notarial e Registral

Luis Eduardo Justino Franco
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registral
1º Ofício de Notas e Privativo de Registro Imobiliário
Rua Amador de Melo 29 - Centro - CEP 58013-131 - João Pessoa - PB
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
LUIZ EDUARDO JUSTINO FRANCO
Em test. da verdade. Cabedelo - PB 30/06/2018 16:19:38
Roberto Regio de Melo Andrade - Substituto
[2018-009061]EML:R4 49.48 FAPEN:R4 0.28 FEPJ:R4 1.90 ISS:R4 0.47
SELO DIGITAL: ARW63885-FD61
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
O RESC



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344007/19

Vítima: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

CPF: 116.832.424-67

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 30/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA : 116.832.424-67

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: 03/10/2019
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348524/19

Vítima: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

CPF: 116.832.424-67

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 30/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA : 116.832.424-67

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: 08/10/2019
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





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: 116.832.424-67 Nome completo da vítima: Luis Eduardo Justino Branco

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

Nome completo: Luis Eduardo Justino Branco CPF: 116.832.424-67
Profissão: Recebeu-se Endereço: Rua Sênio de Luarna Número: 205 Complemento: BLB AP104
Bairro: Centro Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 5800000
E-mail: ccj@advs.com.br Tel. (DDD): 83-98849 5530

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

RENDA MENSAL: ☒ RECURSO 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: Itau
AGÊNCIA: 6210 CONTA: 60070 (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.

Peio 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 - PB, 29/10/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Promotor (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: EV PREVIDÊNCIA S/A
CPF:

Assinatura

2ª Nome: PROTOCOLO
CPF: AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

(*) 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.



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, 10 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190572303

Vítima: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

Data do Acidente: 30/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

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 14949163

Pag. 01405/01406 - 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, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190572303

Vítima: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

Data do Acidente: 30/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00305/00306 - carta_25 - 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, 03 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190572303

Vítima: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

Data do Acidente: 30/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

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\$ 945,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **341**

Agência: **000008210**

Conta: **0000060070-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

NR do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 316.832.424-67 Nome completo da vítima: Luiz Eduardo Justino Jacono

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR USEP Nº 415/2012

Nome completo: Luiz Eduardo Justino Jacono CPF: 316.832.424-67

Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Eden de Buena Número: 205 Complemento: App 104/3L-B

Bairro: Centro Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58013-131

E-mail: cc.f.eduardo@gmail.com Tel.(DDD): 83-98849-5530

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: Itau

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

AGÊNCIA: 0372 CONTA: 36520 5
(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) ☐ Divorçado ☐ 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 - PB, 25 de Fevereiro de 2019

Nome:

CPF:

Luiz Eduardo Justino Jacono
(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF: SUELIO MOREIRA TORRES

25 FEV 2019

2º Nome:

CPF: PROTOCOLO

Assinatura

(*) 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.



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE Ocorrência

N.º 46/2018

OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

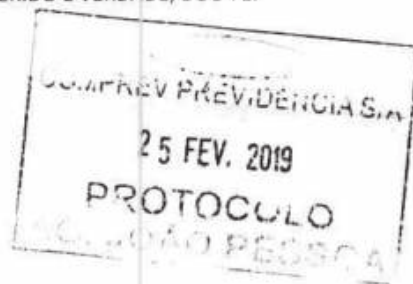
CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO:

COMUNICANTE: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANÇA **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO **NATURALIDADE:** CAMPINA GRANDE-PB **PROFISSÃO:** CAIXA **DATA DE NASCIMENTO:** 09/01/1999 **IDADE:** 19 ANOS **RG:** 4.047.444 **SSDS/PB** **CPF:** 116.832.424-67 **FILIAÇÃO:** JOSUÉ LUCENA DE FRANÇA E MARIA DO SOCORRO JUSTINO **ENDEREÇO:** PARQUE SOLÓN DE LUCENA, Nº. 205, APTO 104, BLOCO B, CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013-131 **TELEFONE:** 83-99633-9418 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO MÉDIO COMPLETO **COR DA PELE:** MORENO **DIA DO OCORRIDO:** 03/12/2017 **LOCAL DO FATO:** PRAIA DO POÇO, CABEDELLO-PB

HISTÓRICO: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANÇA AFIRMA QUE NO DIA 03/12/2017 POR VOLTA DAS 04:00H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN, DE PLACA MOU-6347/PB, CHASSI Nº. 9C2JC30708R102618, DE SUA PROPRIEDADE PELA PRAIA DO POÇO, NAS PROXIMIDADES DA FÁBRICA PÓ PRETO, NA CIDADE DE CABEDELLO-PB, ESTAVA ESCURO E NÃO HAVIA ILUMINAÇÃO NO LOCAL, AO PASSAR POR CIMA DE UM BURACO NA ESTRADA, PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO, VINDO A CAIR SOBRE O SOLO, TENDO SIDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 05:37H E SIDO DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA CID 10 S42.0, CONFORME LAUDO MÉDICO EMITIDO PELO DR JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM: 2329/PB. POR ESTE MOTIVO NOTICIUO O FATO. POR ESTE MOTIVO NOTICIUO O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

Vítima/Comunicante:

X Luis Eduardo Justino França



Elaborado por: **VANILDO WANDERLEY LINS FILHO**, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 06 de julho de 2018

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 156.268-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral da Polícia Civil
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

N.º 110/2018

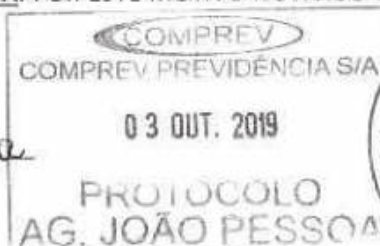
OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL

CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO

COMUNICANTE: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANÇA **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO **NATURALIDADE:** CAMPINA GRANDE-PB **PROFISSÃO:** CAIXA **DATA DE NASCIMENTO:** 09/01/1999 **IDADE:** 19 ANOS **RG:** 4.047.444 **SSDS/PB** **CPF:** 116.832.424-67 **FILIAÇÃO:** JOSUÉ LUCENA DE FRANÇA E MARIA DO SOCORRO JUSTINO **ENDEREÇO:** PARQUE SOLÓN DE LUCENA, Nº. 205, APTO 104, BLOCO B, CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013-131 **TELEFONE:** 83-99633-9418 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO MÉDIO COMPLETO **COR DA PELE:** MORENO **DIA DO OCORRIDO:** 30/10/2018 **LOCAL DO FATO:** BAIRRO DO CABO BRANCO, JOÃO PESSOA-PB

NARRATIVA: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANÇA AFIRMA QUE NO DIA 30/10/2018 POR VOLTA DAS 19:30H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 160 START, DE PLACA QSB-2056/PB, ANO DE FABRICAÇÃO 2018, DE COR PRETA, DE SUA PROPRIEDADE PELO BAIRRO DO CABO BRANCO, NAS PROXIMIDADES DA MATA, MAIS PRECISAMENTE ATRÁS DO HOTEL IBIS, MOMENTO EM QUE FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE TRAFEGAVA NA OUTRA FAIXA E NO MOMENTO ESTE ATROPELOU UM ANIMAL QUE ATRAVESSAVA A PISTA, EM CONSEQUÊNCIA VEIO ATINGIR O NOTICIANTE, FAZENDO COM QUE O MESMO PERDESSE O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E COLIDISSE CONTRA OUTRO VEÍCULO QUE SE ENCONTRAVA ESTACIONADO NA AVENIDA, CHEGANDO O NOTICIANTE CAPOTAR SUA MOTOCICLETA. O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA - TRAUMINHA, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 20:45 H E SIDO DIAGNOSTICADO COM DIVERSAS LESÕES, **CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA.** POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

COMUNICANTE: *Luís Eduardo Justino França*



Elaborado por: *Vanildo Wanderley Lins Filho* VANILDO WANDERLEY LINS FILHO, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 23 de novembro de 2018

Vanildo Wanderley Lins Filho
Agente de Investigação-Polícia Civil
Matrícula 156.258-1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº da sinistro ou ASL: CPF da vítima: 316.832.424-67 Nome completo da vítima: Luis Eduardo Justino Branco

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

Nome completo: Luis Eduardo Justino Branco CPF: 316.832.424-67
Profissão: Recebedor de Endereço: Rua 510m de Juazeiro Número: 205 Complemento: BLB P104
Bairro: Centro Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 5800000
E-mail: ccj-adv@cpmail.com Tel (DDD): 83-98849 5530

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 POUPIANÇA (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: Itau

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

AGÊNCIA: 0372 CONTA: 36620 5
(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 à 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 (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gráu 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 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, existindo, 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.

Assinatura: Local e Data: João Pessoa - PB, 01/10/19
Nome: CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

x Luis Eduardo J. Branco
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)
Roubem Luiz de Queiroz
Roubem Luiz de Queiroz

TESTEMUNHAS IMPREV
1º Nome: EV PREVIDÊNCIA S/A
CPF: 03 OUT. 2019
Assinatura
2º Nome: PROTOCOLO
CPF: JOÃO PESSOA
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.





Banco Itaú S/A

NOTÍFICA DEPOSITO DINHEIRO CAIXA ELETRÔNICO
BANCO 341 CTR 636001 23/02/2019 09.34.28

AGENCIA: 0572 C/DA CORRENTE: 38539-5

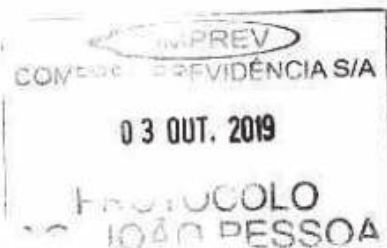
US \$ 10,00

DES - XANEP

CAIXA ELETRÔNICO F 94078218-JPES50

DEPOSITOS REALIZADOS APÓS O HORARIO DE
EXPEDIENTE BANCÁRIO ESTÃO SUJEITOS A
EFETIVAÇÃO SOMENTE NO DECORRER DO PROXIMO DIA
ÚTIL. DEPOSITOS REALIZADOS NOS SABADOS
DOMINGOS E FÉRIAS SÃO EFETIVADOS NO DECORRER
DO PROXIMO DIA ÚTIL.

SE HOUVER EFETIVAÇÃO NO ENVELOPE, SERÁ LAMBADO
O VALOR ENCONTRADO. SE VAZIO, NÃO SERÁ ABERTO
PERMANECERÁ POR 60 DIAS NA AGÊNCIA ONDE FOI
DEPOSITADO, PARA COMPROVAÇÃO. NESTES CASOS
APENAS PARA REGISTRO, O VALOR INFORMADO PELO
CLIENTE SERÁ CREDITADO E ESTORNADO NO EXTRATO



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Ponto para simples pagamento na nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 019.892.429



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 06.063.163 / 0001-40 - Insc. Est. 16.915.823-0

| DADOS DO CLIENTE | | | CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR | |
|---|--------------|---------|----------------------------|---------------|
| EDSON E SILVA JUNIOR PRQ SOLON DE LUCENA 205 BL B AP104 JOAO PESSOA | | | 5/276670-7 | |
| REFERÊNCIA | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
| FEV/2019 | 08/02/2019 | 143 | 15/02/2019 | R\$ 126,07 |

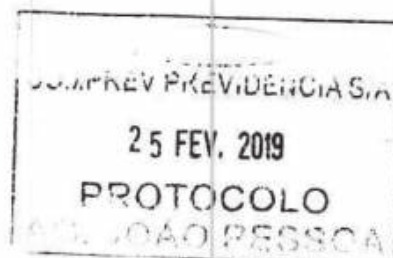
Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

EDSON E SILVA JUNIOR
Roteiro: 06-001-068-2180
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/02/2019

| VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR | MATRÍCULA |
|------------|---------------|-------------------|
| 15/02/2019 | R\$ 126,07 | 276670-2019- 02-1 |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 14:40:01

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011414400111400000036622407>

Número do documento: 21011414400111400000036622407

CAIXA

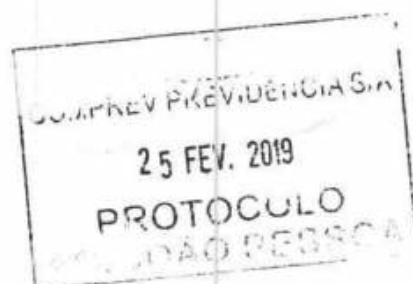
A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PLB DATA DE POSTAGEM: 08/01/2019
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



7211307021227634801740534730080119



BOLETO PARA PAGAMENTO

Sua conta é de responsabilidade do titular.

Este boleto não pode ser usado para pagamento de outros boletos.

Este boleto não pode ser usado para pagamento de outros boletos.

Nº 029.545.611

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ: 09.085.183/0001-40 Insc. Est. 15.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

EDSON E SILVA JUNIOR

PRQ SOLOM DE LUCENA 205 BL B AP104

JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/276670-7

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

16/08/2019

CONSUMO

117

VENCIMENTO

23/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 107,25

Acesso: www.energisa.com.br

PAGAR PREFERENCIALMENTE NO

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 19/08/2019

Pagador: EDSON E SILVA JUNIOR CNPJ/CPF: 840.962.844-91

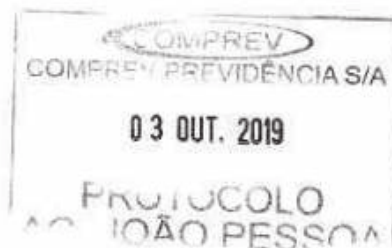
PRQ SOLOM DE LUCENA 205 BL B AP104 - CENTRO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

| Nosso-Número | Nr Documento | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
|-------------------|-----------------|-----------------|--------------------|------------|
| 31502440000149706 | 000276670201908 | 23/08/2019 | R\$ 107,25 | |

BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.085.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 14:40:01

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011414400111400000036622407

Número do documento: 21011414400111400000036622407

CAIXA

A vida pede mais que um banco.



CTC RECIFE PE 17 DATA DE POSTAGEM: 08/05/2019
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO
AV COREMAS 172
CENTRO
58013-430 JOAO PESSOA PB



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
03 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





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

Processo: 08102371320198152003

BRADESCO SEGUROS 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 **LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA**, 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\$ 945,00 (NOVECIENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

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, 21 de dezembro de 2020.

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 - 14/01/2021 14:40:01
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011414400150100000036622409>
Número do documento: 21011414400150100000036622409