



Número: **0800221-66.2019.8.15.0041**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Nova**

Última distribuição : **22/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SEVERINO CABRAL DA SILVA (AUTOR)		ISRAEL DE SOUZA FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
20702 659	22/04/2019 19:26	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
20702 668	22/04/2019 19:26	<a href="#">ENTRADA ADM</a>	Outros Documentos
20702 670	22/04/2019 19:26	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO 1</a>	Outros Documentos
20702 676	22/04/2019 19:26	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO 2</a>	Outros Documentos
20702 678	22/04/2019 19:26	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO 3</a>	Outros Documentos
20702 684	22/04/2019 19:26	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO 4</a>	Outros Documentos
20702 687	22/04/2019 19:26	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO 5</a>	Outros Documentos
20702 694	22/04/2019 19:26	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO 6</a>	Outros Documentos
20702 697	22/04/2019 19:26	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO 7</a>	Outros Documentos
20702 704	22/04/2019 19:26	<a href="#">PROCURAÇÃO</a>	Procuração
20844 240	02/05/2019 00:05	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
30541 334	11/05/2020 12:27	<a href="#">Expediente</a>	Expediente
30541 335	11/05/2020 12:27	<a href="#">Expediente</a>	Expediente

**Excelentíssimo Senhor Doutor Juiz de Direito da Vara Única da Comarca De Alagoa Nova – PB**

**SEVERINO CABRAL DA SILVA**, brasileiro, união estável, agricultor, analfabeto, portador da cédula de identidade nº 4.221.128 SSP/PB, inscrito no cadastro de pessoa física do Ministério da Fazenda sob o nº 056.227.304-22, residente e domiciliado no Sítio São José, s/n, Área Rural, Alagoa Nova/PB, CEP: 58125.000, por seu advogado legalmente constituído, conforme procuração em anexo, vem, muito respeitosamente à presença de Vossa Excelência, propor

**AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT c/c REPARAÇÃO DE DANOS**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro-RJ, CEP-20.031.205, CNPJ: 09.248.608/0001-04, pelos motivos de fato e de direito a seguir expostos:

**1. 1. DA JUSTIÇA GRATUITA**

Inicialmente, faz-se necessário pedir o deferimento referente ao benefício da assistência judiciária gratuita, por se tratar a parte de pessoa carente de recursos financeiros para custear a demanda processual, nos moldes do artigo 98 do NCPC. Portanto, para que a Promovente goze do direito da assistência judiciária gratuita que ora lhe assiste, basta o requerimento formulado junto à exordial, ficando a cargo da parte adversa o ônus de provar que o alegado em juízo pelo autor da demanda não corresponde à verdade.

**2. DOS FATOS**

O autor foi vítima de acidente automobilístico em via terrestre no dia 27 de Junho de 2017, aproximadamente às 17h45min, no qual o mesmo estava caminhando nas proximidades do Sítio São José – Área Rural, na cidade de Alagoa Nova – PB, quando uma moto em alta velocidade o atropela frontalmente, deixando-o desacordado.

Conforme Certidão de Ocorrência Policial fornecida pela Delegacia de Polícia Civil de Alagoa Nova-PB, a vítima não sabe informar as devidas características e informações da moto, tais como modelo, placa, cor, e CHASSI.

Após o acidente, o autor foi socorrido pelo SAMU e conduzido para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande – PB, onde após o atendimento médico foi constatado que o mesmo sofreu POLITRAUMA, onde foi submetido a procedimentos cirúrgicos, conforme documentação em anexo.



### 3. DO DIREITO

O Seguro DPVAT é disciplinado pela Lei nº 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92, 11.482/07 e 11.945/09, que assegura o recebimento de indenização às vítimas de acidente de trânsito nos casos de morte, invalidez permanente, e/ou para as vítimas que recebam cuidados médicos e gastos com medicamentos.

Segue abaixo o teor do art. 3º da Lei nº 6.194/74:

“Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, **por invalidez permanente, total ou parcial**, e por despesas de assistência médica e suplementar, nos valores e conforme as regras que seguem, por pessoa vitimada”.

- I – R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de morte;
- II – até 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente; e
- III – até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais como reembolso a vítima no caso de despesas de assistências médicas e suplementares devidamente comprovadas).

De acordo com o artigo supratranscrito, a lei assegura o direito de receber a título de indenização como prêmio desse seguro o valor mencionado conforme o tipo de dano suportado pelo acidentado e neste sentido deve a seguradora ser condenada a indenizá-la pelo seguro obrigatório.

Dispõe a Lei 6.194/74, que o valor referente ao pagamento da indenização do seguro DPVAT deverá seguir o que reza no Art. 3º da referida lei que dispõe sobre o quantum deverá ser pago em caso de morte ou invalidez permanente. Logo, como o requerente ficou inválido deverá receber o valor total da indenização, e não o pagamento parcial e o art. 5º da Lei nº 6.194/94 é extremamente claro ao elencar a possibilidade de indenização.

Segue abaixo o teor do referido art. 5º da Lei nº 6.194/94:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado. ”

É entendimento já pacificado pela jurisprudência pátria que o pagamento do referido seguro deverá ser efetuado por qualquer seguradora privada integrante do consórcio instituído pela resolução 1/75 do CNSP.

Assim estabelece o presente julgado:

#### EMENTA: FACULDADE DE ESCOLHA DA SEGURADORA FINALIDADE

DO VEICULO IRRELEVANTE. Qualquer seguradora responde pelo pagamento da indenização do seguro obrigatório, pouco importando a condição do veículo e a finalidade a que se destina, defeso tornar-se a imposição – de limites por Resolução. (Acórdão nº 2.115/01, proferido nos autos do Recurso nº 926/01, publicado do DJ – MA em 06/07/01).

Tornando desta forma inviável qualquer tipo de alegação da parte promovida de que não seja responsável ao pagamento da indenização do seguro obrigatório devido ao promovente, ocasionado por acidente de veículo que resultou em sua invalidez permanente.

Os documentos anexados nesta exordial provam de forma inequívoca que houve o acidente de trânsito, bem como o nexo de causalidade entre o fato ocorrido e o dano dele decorrente, amoldando-se perfeitamente à condição para recebimento do seguro obrigatório nos termos do art. 5º da Lei nº 6.194/74, que assim dispõe:



“O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

**Insta salientar que o autor deu entrada administrativamente junto à Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, tendo seu pedido PAGO PARCIALMENTE no valor de 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos, razão pela qual está requerendo via judicial.**

## DOS JUROS MORATORIOS

A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça (STJ) aplicou o entendimento, já consolidado na Súmula 54, de que os juros moratórios fluem a partir do evento danoso, em caso de responsabilidade extracontratual.

Acontece que o valor da indenização decorrente do DPVAT, não pode ficar a critério da demandada, visto que, se existe uma norma que regula os valores da indenização estas devem ser respeitadas.

## DA PERÍCIA

Como meio de provar todo o alegado, a requerente fica a disposição para submeter – se aos testes necessários para a devida comprovação da sua invalidez permanente decorrente do acidente de veículo. Deste modo, recorremos ao Poder Judiciário com a esperança de resolução desta causa.

***Importante salientar que se tem um convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER em relação a perícia médica.***

## 4. DO PEDIDO

Diante de todo o exposto, requer a Vossa Excelência, com fundamento no art. 186 do Código Civil c/c os Art. 3º e 5º da Lei 6.196/74 a total procedência da presente ação bem como:

1. Defira a assistência judiciária gratuita, nos termos do artigo 98 do NCPC, por não dispor o autor de recursos suficientes para o custeio deste processo, sem que seja comprometido o seu sustento, bem como o de sua família;

2. Para que, no prazo legal, apresente, se entender, a contestação, sob pena de revelia;

3. Atendendo ao disposto no artigo [319](#), inciso [VII](#) do [NCPC](#), o autor **informa que não possui interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação;**

4. **Protesta e requer** o deferimento de produção de todas as provas admitidas em juízo, notadamente de provas testemunhais que serão arroladas em momento oportuno e comparecerão a audiência de instrução e julgamento independentemente de intimação e, em especial, a produção de prova pericial a ser operada pelo Instituto de Medicina Legal ou equiparado, observando-se ainda o convênio 15/2014 firmado entre o TJPB e a SEGURADORA LÍDER.

5. NO MÉRITO, após exaurido o devido processo legal e comprovado por prova pericial a debilidade do autor, incline-se em JULGAR PROCEDENTE o pleito para condenar a Seguradora Líder ao pagamento do Seguro Obrigatório do DPVAT no valor de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)** ou por parâmetro da debilidade comprovada pela





perícia médica (STF. ARE 704.520/RG), tudo por ser medida de acerto e de distribuição de justiça;

6. Nos termos do art. 85 § 2º DO NCPC, com estrita, arbitre os honorários advocatícios devidos ao causídico, em valor condizente ao trabalho realizado e sobre total da condenação.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.  
Nestes termos, pede deferimento.  
Alagoa Nova – PB, 22/04/2019.

ISRAEL DE SOUZA FARIAS  
OAB/PB nº 25.670

### QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE:\_\_\_\_\_.

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, por volta das \_\_\_\_\_ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA ( ), de que forma?

\_\_\_\_\_

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS ? :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE ? :

\_\_\_\_\_



—  
—  
—  
Sem mais, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(assinatura – carimbo – CRM)





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 31 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190031062**

**Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANDREZA CABRAL DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SEVERINO CABRAL DA SILVA**

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: SEVERINO CABRAL DA SILVA**

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

**Banco: 001**

**Agência: 000003814-8**

**Conta: 000010019869-4**

**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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você




Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/04/2019 19:25:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042219230159800000020137085>

Número do documento: 19042219230159800000020137085

Num. 20702668 - Pág. 1

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013953/19

Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA

CPF: 056.227.304-22

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/08/2017

Titular do CPF: SEVERINO CABRAL DA SILVA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

esc.  
quibraz  
anexar.

#### ANDREZA CABRAL DA SILVA : 121.140.534-66

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

hovo

#### SEVERINO CABRAL DA SILVA : 056.227.304-22

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

~~3190~~ 3190 031 062

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/01/2019  
Nome: ANDREZA CABRAL DA SILVA  
CPF: 121.140.534-66

ANDREZA CABRAL DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/01/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA







**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

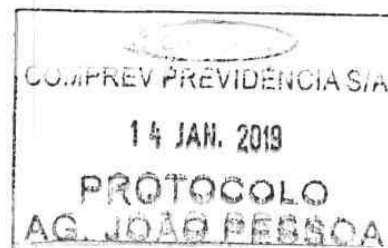
VERSANDO SOBRE: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registro de Ocorrências nº **001/2018**, nele encontrei às folhas nº **144** o registro nº **144/18**, cujo teor agora passa a transcrever na íntegra: Aos dias **26** do mês de **MARÇO** do ano de **2018**, nesta cidade de Alagoa Nova/PB, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil onde se achava presente a Bel. **MALON CASIMIRO DE ALBUQUERQUE**, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão do seu cargo, no final assinado e declarado, por volta das 10:00 horas, **COMPARECEU: SEVERINO CABRAL DA SILVA**, brasileiro, união estável, agricultor, analfabeto, RG Nº 4.221.128 SSP/PB, filho de Geraldo Cabral da Silva e de Maria Belarmina da Silva, residente no SÍTIO SÃO JOSÉ (próximo a Chico Bento), ALAGOA NOVA/PB, FONE: **9 9668-6478**, NOTIFICOU QUE: no dia 27/08/2017, por volta das 17:45 horas, caminhava pelo Sítio São José (próximo a casa de Valdeci), neste município, quando uma moto em alta velocidade atropela frontalmente o comunicante, deixando-lhe descordado; QUE foi socorrido por uma equipe do SAMU, sendo encaminhado para o hospital de Trauma e ali ficou constatado fratura na perna direita e escoriações pelo corpo; QUE ficou internado por cerca de um mês e 03 dias, sendo realizado procedimento cirúrgico; QUE não sabe informar as características da moto, tais como placa e cor; QUE também não viu quem era o motorista atropelador; QUE cita como testemunhas do sinistro, as pessoas de: **ISRAEL DE SOUZA FARIAS** e **ISADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS**, ambos residentes na RUA PROJETADA, LOTEAMENTO REJANE LIMA, OLHO D'ÁGUA, nesta cidade. Nada mais havendo a relatar, ciente o(a) requerente das implicações contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado, expeço a referida Certidão. O referido é verdade e dou fé.

Alagoa Nova/PB, 26 de **MARÇO** de 2018.

NOTIFICANTE: 

**SAULO RAMOS SILVA**  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat.: 168.434-5





Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional CG - 192



## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA:	27/8/2017	HORA:	18:23	ID Nº:	1613474
NOME:	SEVERINO CABRAL DA SILVA				
QUEIXA:	ATROPELAMENTO				
LOCAL:	BR - PB 097				
COMPLEMENTO:	ENTRE LAGOA SECA E ALAGOA NOVA				
CIDADE:	ALAGOA NOVA				
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>					
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma					

Campina Grande, 12 de janeiro de 2018.



  
Deoclecio F Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB  
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191







27/08/2017



GOVERNO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

14 JAN. 2019

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1494332

CLASS. DE RISCO: **PROBACOL**  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - FUSCA  
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Data: 27/08/2017

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Endereço: SÍTIO SAO JOSE CEP: 58125000

Sexo: M

Idade: 049

Cidade: Alagoa Nova

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DA SILVA

RG: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Data de Atend: 27/08/2017

Hora: 20:13:43

Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO

Médico: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abração  
2. Amputação  
3. Avulsão  
4. Contusão  
5. Crepitação  
6. Dor  
7. Edema  
8. Empalhamento  
9. Erisipela subcutânea  
10. Esmagamento  
11. Equimose  
12. F. Arma branca  
13. F. Arma de fogo  
14. F. Cortado  
15. F. Cortado  
16. F. Cortado  
17. F. Perfuro-cortado  
18. F. Perfuro-cortado  
19. Fratura óssea fechada  
20. Fratura óssea aberta  
21. Hematoma  
22. Inguetamento / enrosc  
23. Laceração  
24. Lesão tendinária  
25. Luxação  
26. Mordedura  
27. Movimento torácico parado  
28. Objeto Enroscado  
29. Ocorrência  
30. Paralisia  
31. Paralisia  
32. Paralisia  
33. Queimadura  
34. Rinite  
35. Sinal de isquemia  
36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = 10%

DIAGNOSTICO / CID:

Superfície corporal lesada = 10%

DIAGNOSTICO / CID:

Superfície corporal lesada = 10%

DIAGNOSTICO / CID:

Superfície corporal lesada = 10%

DIAGNOSTICO / CID:

Superfície corporal lesada = 10%

DIAGNOSTICO / CID:

Superfície corporal lesada = 10%

DIAGNOSTICO / CID:

Superfície corporal lesada = 10%

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Exatidão de exame de urina TCE negativo  
alcoole  
medicamentos  
RAIO X  
TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 21/08/17

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

EXAMES FÍSICO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico

http://10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=1494332



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Senenino Cabral da Silva

CPF da Vítima

05622730422

Data do Acidente

27/08/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Andrezza Cabral da Silva

CPF do Representante legal

32334053466

Email

Telefone (DDD)

(83) 983367743

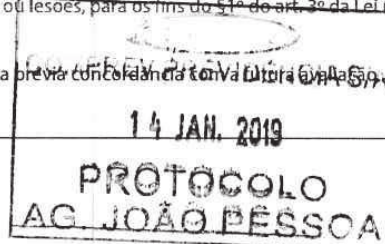
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa minha concordância com o conteúdo da perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Alagoas - PB, 08 de 03 de 2019

Local e Data

Andrezza Cabral da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017











GOVERNO  
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Sereineo Cerebral da Silva		
End:	R- São José	Bairro:	Do Novo
Data de Nascimento:	30/01/88	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. huto	Data do Atend.:	27/08/17
Acidente de trabalho?	( ) Sim ( ) Não	Hora:	20:18
Documento:			

### Classificação de Risco

Nível de consciência:	( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo	Aspecto:	( ) Calmo ( ) Fáceis de dor ( ) Gemente
Frequência respiratória:			
Pressão arterial:			
Dosagem de HGT:			
Deambulação:	( ) Livre ( ) Com auxílio de rodas ( ) Maca	Mucosas:	( ) Normocorada ( ) Pálida

### Estratificação

( ) Vermelho - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

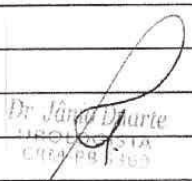


**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Nome do Paciente <i>Severino Cabral da Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>23/08/11.</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Carlos + Dr. João</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Gilberto Moniz</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Dr. Lucas</i>	Tipo de Anestesia <i>Genl</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Trauma abdominal fechado</i>			
Tipo de Operação <i>Cistostomia</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação <i>sem</i>			

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
① Pt em decúbito dorsal
② Propunha e antinegro
③ Incisão mediana
④ Inventário: Presença de líquido livre intra-abdominal
⑤ Presença de lesões no cápsulo do bexiga
⑥ Sutura com crômulo - 0
⑦ Drenagem do conduto
⑧ Exame de los planos anteriores
⑨ Curativo
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> <p>COMPREV PREVIDENCIARIA</p> <p>14 JAN. 2019</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>AG. JOÃO PESSOA</p> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">   <p>Dr. João Duarte</p> </div>

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**



*[Handwritten signature]*

*[Handwritten text: 58/102/101 + 18/102/101 + 01/102/101]*

*[Handwritten text: 58/102/101 +]*

*[Handwritten signature: Mr. Pessoa]*

*[Handwritten text: 18/102/101 + 01/102/101]*

*[Handwritten text: 18/102/101 + 01/102/101]*

*[Handwritten text: 18/102/101 + 01/102/101]*

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA





N° 5087





# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <b>Severino Calvado da Silva</b>		DN: <b>20/01/68</b>		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
	<b>Sala 04</b>	<b>SUS</b>	<b>49 anos</b>	<b>4494332</b>	Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
CIRURGIA		CIRURGIÃO			
<b>1.6 + estomago + sutura de</b>		<b>Dr. Carlos + Dr. Jânio + Dr. Bruno</b>			
ANESTESIA		ANESTESIA			
<b>Cotado de pe + fixação</b>		<b>Dr. Secundo Absorntes - Dr. Rafael</b>			
INSTRUMENTADORA		INÍCIO		FIM	
<b>Conduz</b>		<b>28/08/16</b>		<b>0h30 3h</b>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catel. pl/ Oxo.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catel. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolantina amp.	Cotonóide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno <b>Succo 6.4</b>		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix	
<b>01</b>	Fentanil ml <b>200ug</b>	Dreno Penrose n°		Cera pl/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzier n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaína % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Agodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Agodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo		Fio de Agodão Sutapak	
	Protóxido l/m	Furacin ml		Fio de Agodão Sutapak	
	Quelicin ml	Gata Pacote 10 unidades		Fila carolaca	
	Rapifen amp.	H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> ml	<b>06</b>	Mononylon 2-0-...	
<b>03</b>	Thionembul ml <b>Propapil</b>	Intracath Adulto	<b>03</b>	Mononylon 3-0-...	
<b>04</b>	Tracium amp. <b>Romulano</b>	Intracath Infantil	<b>03</b>	Prolene Sertix -1-...	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix	
<b>04</b>	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix	
<b>01</b>	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix	
<b>02</b>	Dipirona amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.5		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Oxigênio l/m			
	Glicose amp.	Poliflix			
	Glucon de Cálcio amp.	PVPI Degemante ml			
	Haemacel ml	PVPI Tópico ml			
	Heparema ml	Sabão Antisséptico	<b>10</b>	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Kanaktion amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Lasix amp.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Medrothinazol.	Seringa desc. 20 ml	<b>02</b>	SG Ringr fr 500 ml	
<b>01</b>	Plasil amp. <b>nausea</b>	Seringa desc. 05 ml	<b>02</b>	SG fr 500 ml	
	Prolamina	Sonda			
	Revivan amp.	Sonda folley <b>22/03/16</b>			
	Stupitanon amp.	Sonda Nasogálica			
	Cefalotina 1g	Sonda Uretral n° 20			
<b>02</b>	Ceftriaxona	Sterydrem ml			
<b>02</b>	Filatel	Torneirinha			
		Vaselina ml			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Gelcon			
<b>02</b>	Agulha desc. 25 x 40	Latesa			
	Agulha desc. 28 x 28				
	Agulha desc. 3 x 4,5				
	Agulha pl/ raque n°				
<b>03</b>	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
	Aladuras de Crepon				
	Aladuras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

ORTOSINTÉSE IND. E COM. LTDA  
 Rd: 4747/02 Lote: 360 F17  
 FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 300  
 FIXADOR EXTERNO LAYFIX  
 Registro ANVISA: 10223710095 Resp. Técnico: CARLOS M. NAKAMURA/CREA N. 0501828973

ESTERIL R  
 28/07/2017

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 066

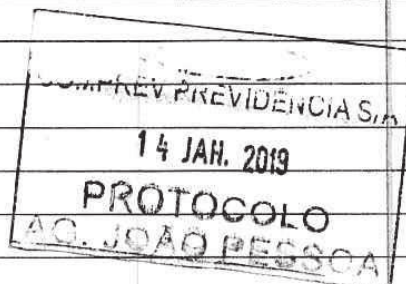




**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

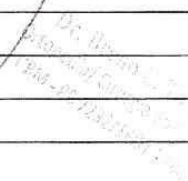
**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Nome do Paciente <i>JOÃO CARLOS DA SILVA</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28.8.14</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. SÉRGIO TOMAZ</i>	1º Auxiliar <i>Dr. NUNO</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>INFIL</i>	Tipo de Anestesia <i>BOM</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fratura exposta do 3º d. da perna (E)</i> <i>em (3) A ; fratura de (E) e fratura exposta do 3º d. da perna (E)</i>			
Tipo de Operação			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			



## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1º tipo: antissepsia cirúrgica
aprox. do corpo do animal
ligadura de 14 0,9% 10/10
redes / alvenarias de fraturas e fixação de fixador
extremo distal para (E)
10/10 10/10
ampliar
2º tipo: 10/10 10/10 10/10 (E)
3º tipo: fratura para alvenaria do osso (E)
ligadura de 14 0,9% 5/10
aprox. do corpo do animal
10/10
ampliar



Mod. 018

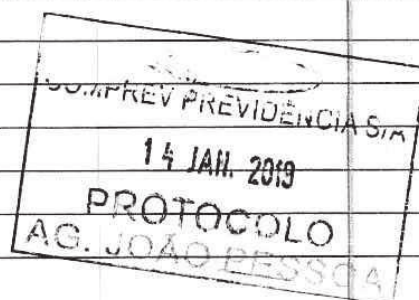
**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**







Nome do Paciente <i>Evandro Cabral de Silva</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>28/9/17</i>	Enf. <i>Ortop</i>	Leito <i>9.1</i>	
Operador <i>Dr Amaro Jorge</i>		1º Auxiliar <i>Dr Wellington</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Wagner</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fx exposta ossos de perna D</i>			
Tipo de Operação <i>Ortossintese e enxerto</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>Ø</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>			



## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DP4 sob anestesia
2) ASSEP e antisepsia
3) Campos estéreis
4) Incisão anterior perna D por plano + hemostase
5) Redução correta de fratura + fixação com placa OCP longa 8 furros + parafusos corticais
6) Incisão quadril e por plano + hemostase
7) Retirada de enxerto ósseo esponjoso
8) Colocação de enxerto ósseo esponjoso em foco de fratura
9) Sutura por planos
10) Curativo

Dr. João Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PA 9965

Mod. 018

**RELATÓRIO DE OPERAÇÃO**





# MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

8230

Hospital: Hospital de São Paulo Código: \_\_\_\_\_Procedimento: Implante de Prótese de Bico Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_Paciente: Silvia da SilvaData da Cirurgia: 28/09/2019 Nº prontuário: 1498332 Convênio: \_\_\_\_\_Cirurgião: M. Amaral Código: \_\_\_\_\_ ☐ Reposição ☐ Caixa Pronta

## DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa Lomax DC 45x80mm			

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4.5) mm	Nº	32	32	32			
	Qtd.	01	01	01			
	Cód.						
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						

SOBREV. PREVIDÊNCIA S.R.  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

### PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: \_\_\_\_\_

Faturar N.F para: \_\_\_\_\_

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Cód. Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anotações do Médico

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323

Fone/Fax: (88) 3521.4801 \* www.bioimplants.com.br



Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/04/2019 19:25:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042219233428100000020137095>

Número do documento: 19042219233428100000020137095



## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Severino Cabral da Silva DN= 10/01/1968

QI

LEITE Sala 03

CONVÊNIO SUS

IDADE 49 anos

REGISTRO 1494332

CIRURGIA

CIRURGIÃO DA=

ANESTESIA Riqui

ANESTESIA DA= felix

INSTRUMENTADORA

DATA 28/04/2017

INÍCIO 17:00

FIM 18:50

Qtd.

MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS

Bolsa Colostoma

Qtd.

FIOS

Adrenalina amp.

Catel. p/ OXg.

Catgut cromado Sertix

Atropina amp.

Catel. De Urinar Sist. Fech.

Catgut cromado Sertix

Diazepam amp.

Compressa Grande

Catgut cromado Sertix

Dimorf. amp.

Compressa Pequena

Catgut Simples

Dolantina amp.

Colonoide

Catgut Simples Sertix

Efrane ml

Dreno

Catgut Simples Sertix

Fenegam amp.

Dreno Kerr nº

Catgut Simples Sertix

Fentanil ml neocaina

Dreno Penrose nº

Cera p/ osso

Inova ml

Dreno Pezzer nº

Ethibond

Ketalar ml

Equipo de Macrogotas

Ethibond

Mercaína % ml

Equipo de Macrogotas

Ethibond

Nubahin amp.

Equipo de Sangue

Fio de Algodrão Sertix

Pavulon amp.

Equipo de PVC

Fio de Algodrão Sertix

Protigmine amp.

03

Esparadrapo Larco cm

Fio de Algodrão Sutupak

Protóxido I/m

03

Furacim ml

Fio de Algodrão Sutupak

Quelicin ml

03

Gase Pacote c/ 10 unidades

Fila cardiaca

Rapifen amp.

H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> ml

03

Mononylon M= 2.00

Thionembutal ml

Intracath Adulto

02

Mononylon 3.00

Tracrium amp.

Intracath Infantil

Prolene Sertix

Qtd.

MEDICAÇÕES

01

Lâmina de Bisturi nº 23

Prolene Sertix

Água Destilada amp.

Lâmina de Bisturi nº 11

Prolene Sertix

Decadron amp.

01

Lâmina de Bisturi nº 15

Prolene Sertix

Dipirona amp.

02

Luvax 7.0

Vicryl Sertix 2.00

Flaxidol amp.

02

Luvax 7.5

Vicryl Sertix

Flebocortid amp.

02

Luvax 8.0

Vicryl Sertix

Geramicina amp.

Luvax 8.5

Glicose amp.

04

Oxigênio I/m pilet

Glucon de Cálcio amp.

Poliflix

Haemacel ml.

PVPI Degemante ml

Heparema ml.

PVPI Tópico ml.

Kanakion amp.

Sabão Antiséptico

SOROS

Lasix amp.

04

Saco coletor D/lixo

SG Normotérmico fr 500 ml

Medrotilnazol.

Seringa desc. 10 ml

SG Gelado fr 500 ml

Plasii amp.

Seringa desc. 20 ml

SG Hipertérmico fr 500 ml

Prolamina

Seringa desc. 05 ml

SG fr 500 ml

Revivan amp.

Sonda

Suipanton amp.

Sonda foiley

Cefalotina 1g

Sonda Nasogátrica

02

ORTESE E PRÓTESE

Sonda Uretral nº

06

Steridrem ml

Torneirinha

Qtd.

MATERIAIS / SOLUÇÕES

Vaselina ml

Agulha desc. 25 x 7

Gelcon 18

Agulha desc. 28 x 28

Latese

Agulha desc. 3 x 4,5

05 eletrodos.

Agulha p/ raque nº 25

Álcool de Enfermagem

Álcool Iodado ml

Ataduras de Crepon

Ataduras de Gessada

Azul metileno amp.

Benzina ml

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

CÓDIGO 121017 01

280917 02

0802 31

Qtd.

EQUIPAMENTOS

Oxímetro de Pulso

Foco Auxiliar

Serra

Eletrocautério

Desfibrilador

Oxicapnógrafo

Foco Frontal

Cardiomonitor

Fonte de Luz

Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Maria Jossia de Almeida

TÉC. DE ENFERMAGEM

COREN 001.162.928

14 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA







Paciente	Alojamento	SALA	Leito	Convenção
Juremo Cabral da Silva				
Data 28-08 4:30h	Prescrição Médica 1) 870g% 100mg EV aguda. 2) EL 1000ml EV aguda. 3) Hidrocontensão 100mg EV.	Horário 2º <del>3º</del> 4º	Evolução Médica Paciente admitido às 2h da manhã na EPA vítima de acidente de moto com quadro de abdome agudo e lesão vesical, submetido à LE + cistografia + fratura exposta de perna (D), com fixação externa.	
28-08 M: 8	Paciente intubado, estável, respirando espontaneamente com volume O <sub>2</sub> 3l/min, consciente e orientado.		exame: estável S/DVA, sedado sob IOT-VN, drenos intactos, SNG.	
			S&VN: FC: 100 FC: 131/64 SpO <sub>2</sub> 100%. Diurese: ? HGT?	
			CD: Hidratação = Hidrocortisona - Gase arterial Ex. laboratoriais. Aguarda UTI.	

Fabiane Lima de Faria Costa  
ANESTESIOLOGISTA  
CRM 9061-PB





FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	SACCAVO CARVAL	Alojamento	7	Leito	4	Convênio	
----------	----------------	------------	---	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
20.8	1 - Dieta livre		dieta livre
	2 - S.R.L 500 ml I.V. 12/12h. 6166	12-3/4	dieta livre
	3 - Dipirona 02 mL + S.F 10mL I.V 8 / 8 h (lentamente)	14-22-06	dieta livre
	4 - Cetoprofeno 100 mg I.V + S.F 0,9% 100mL	16-24	dieta livre
	I.V 12/12 h. (correr em 20 min.)	18-24	dieta livre
	5 - Omeprazol 40 mg I.V pela manhã (lentamente).	18-24	dieta livre
	6 - C. C. Gerais	18-24	dieta livre
	7 - acetaminofeno 1000	18-24	dieta livre
	8 - Clorazepato 40001 SP.	18	dieta livre
	1X dia		dieta livre
	9 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	10 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	11 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	12 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	13 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	14 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	15 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	16 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	17 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	18 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	19 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	20 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	21 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	22 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	23 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	24 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	25 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	26 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	27 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	28 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	29 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	30 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	31 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	32 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	33 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	34 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	35 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	36 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	37 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	38 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	39 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	40 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	41 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	42 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	43 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	44 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	45 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	46 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	47 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	48 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	49 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	50 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	51 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	52 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	53 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	54 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	55 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	56 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	57 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	58 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	59 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	60 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	61 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	62 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	63 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	64 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	65 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	66 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	67 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	68 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	69 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	70 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	71 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	72 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	73 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	74 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	75 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	76 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	77 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	78 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	79 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	80 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	81 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	82 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	83 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	84 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	85 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	86 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	87 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	88 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	89 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	90 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	91 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	92 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	93 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	94 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	95 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	96 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	97 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	98 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	99 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre
	100 - Clorazepato 40001 SP.		dieta livre



7-4. Circular

[illegible]

4

## DIAGNÓSTICO

Top of page ⑤ + merid

Quint

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alojamento:	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1. Dieta	líquida		17. DM
2. SBA-500mg EV 24h	7/10	12/18 2x/dia	RK7
3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h			DH -
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h 3m			Fbe -
5. Omeprazol 40mg EV/jejum			N/A
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN			10. ac
7. Nausedron 01 FA + AD EV 8/8h SN		(10) 0	Remove pontos
8. Clexane 40mg SC/dia			
9. SSV + CCGG			
GUPASSIM			
g-fina xome 1g n 12/12h (SUSP)			

RECIBO DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS  
DATA: 14/01/2019  
HORARIO: 09:30  
VALOR: R\$ 100,00  
TOTAL: R\$ 100,00

VIA PREV PREVIDENCIA S/A  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

OFFICIAL RECORDS  
JAN 1968

**PROTÓCOLO**  
**AC. JOÃO PESSOA**







SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

## Diagnóstico

## ORTOPEDIA 1

LEITO 9-1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRÉ-OP:

~~FX EXP DIAFISE OSSOS PERNA D~~

**SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49**

LEITO 9-1

## Convênio

Le

Alojamento

SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49

**T-6 01177**

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/01/2019	1 DIETA LIVRE		
	2 JELCO SALINIZADO		
	3 DIPIRONA 1G+ABD EV 6/6H		
	4 TRAMAL 100mg + SFO, 9% 100ml EV 8/8H		
	5 NAUSEDRON 8mg/ml 1FA + ABD EV 8/8H SN		
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM		
	7 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H SN		
	8 XARELTO 10MG 1 CP VO DIA		
	9 SSVV + CCGG		
	10		
	11		
	12		
	13		
	14		
	15		

BOA FÉV PREVIDÊNCIA S/A

14 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

MOD. 035

17



<http://pje.tipb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042219234829400000020137101>

Número do documento: 19042219234829400000020137101





SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Diagnóstico

ORTOP  
LEITO 9.1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PRE OP

ALFA ROMEO EDICA

**SEVERINO CABRAL DA SILVA, 49**

Paciente

Alojamento

09

70

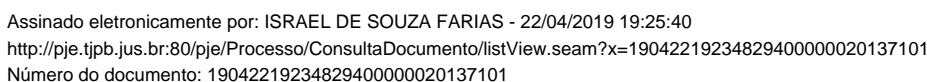
Convênio

EXP DIA F OSSOS PERNA D

**LEITO 9-1**

[illegible]

MOD. 035





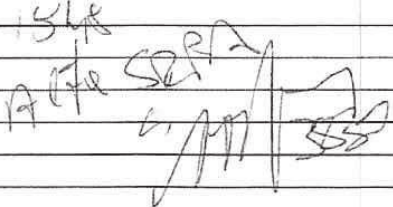




## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Zucineas Gabriel de Silva	Idade:	49
Convênio:	305	Data:	27/08/12
Procedimento:	1. Exatadura de catenab a p. + fixação fratura exposta.		
Cirurgião:	Dr Carlos + Junior	Auxiliar:	Dr Bruno
		Anestesista:	Dr S. S. S. S.
Início:	08:30	Término:	10:30 horas
		Anestesia:	geral

[illegible][illegible]

Observações:	
Realizado anamnese corporal, tireo e revisas de curativos sem anormalidades. Também feito gasometria arterial e medicado C.P.M. Solicitado laboratório às 8:30h. <i>Leung</i> 03/02/1975/72	
<div style="text-align: center;">  </div>	
Assinatura Anestesista	Circulante

### Relatório de Operação

MOD. 103





11/12/2017



GOVERNO  
DA PARÁIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA, FERNANDES

PROTOCOLO  
194 JAN. 2019  
NEW PRESIDENCIA/SIA

ATENDIMENTO AMBULATORIO

PROTUAÁRIO. Nº: 1559713

CLASS. DE RISCO: AZUL

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CPF: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 11/12/2017  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 06 Atendente: Melissa Wanessa Da Silva Pereira

PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA CEP: 58125000 Nascimento: 10/01/1968

Endereço: SITIO SAO JOSE

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Alagoa Nova

Idade: 049

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARIA BELARMINA DA SILVA

Nº: 0

Profissão: AGRICULTOR

Responsável: GILVAN

CPF:

CNS: 898000530474591

Estado Civil: Casado(a)

Data de  
Atend: 11/12/2017

CONVÊNIO: SUS

Motivo: RETORNO

Hora: 11:03:56

Especialidade: ORTOPEDISTA

Médico: ARISTOTELES CORREIA DE Q NETO

CRM: 6817

### MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Emagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Inguentamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paratetania
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinais de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada =

%

Grav ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Aristoteles Queiroz Neto

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

CUR-OMERO E COTOVELO

CRM 6817 TEO 12637

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

R Tubo R 07

311

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow

PA

HGT:

Sat02

CCIH

Data 25/01/18

Responsável: Rumeira

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Gasometria arterial

( ) Tomografia Computadorizada

( ) Ultrassonografia:

( ) Radiografia:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

às

Dia

Especialista:

às

Dia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

Dr. Aristoteles Queiroz Neto

ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA

CUR-OMERO E COTOVELO

CRM 6817 TEO 12637





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

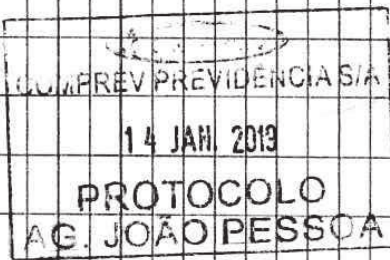
## Diagnóstico

ORTOPEDIA 2

EXTRA 3

### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	SEVERINO CABRAL, 49	Alojamento	Exame	Leito	Convênio	EXTRA 3
Data	07/01/2018					
Prescrição Médica	1 DIETA LIVRE 2 SF 0.9% 1500ML EV P/ 24H 3 CLINDAMICINA 600MG + SF EV 6/6H 4 DAPIRONA 1G + ABD EV 6/6H 5 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM 6 DEAMBULAR COM MULETAS 7 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE 8 CURATIVO 1X DIA 9 SSVV + CCGG 10 11 12 13 14 15					
Horário	08h	14h	18h	21h		
Evolução Médica	27 = DIH / 3 = DP - PO: OK BEB, estável, sem dispnéia, sem queixas. Hb: boa evolução. Diurese (+) evacuações (+) cl: VPM Mantido. Vital: 120/80 - Prontidão vital - Arterial 120/80 (CO) - Urina: diário - Não para para o - Hb: bom. Oxyg. Dr. Eduardo Braga N. Reis Ortopedia - Traumatologia CRM - PB 6588					







# MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

8391

Hospital: de Prevenção e Trauma de C. Grande Código: \_\_\_\_\_Procedimento: Trat. cir. com fixação de Fêmur Cód. Procedimento: \_\_\_\_\_Paciente: Selma Calvete da SilvaData da Cirurgia: 09/04/18 Nº prontuário: 35594 33 Convênio: \_\_\_\_\_Cirurgião: Dr. Blommm Código: \_\_\_\_\_ ( ) Reposição ( ) Caixa Pronta

## DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
03	Fixador Boleiros			
11	Imersa TIPS			
	PRESTON			
	Para Fêmur 50mm			

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Cortical ( ) mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº						
	Qtd.						
	Cód.						

CONFREV PREVIDÊNCIA S/A  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

### PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: \_\_\_\_\_

Faturar N.F para: \_\_\_\_\_

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Cód. Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anotações do Médico

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05  
Fone/Fax: (88) 3521.4801 \* www.bioimplants.com.br

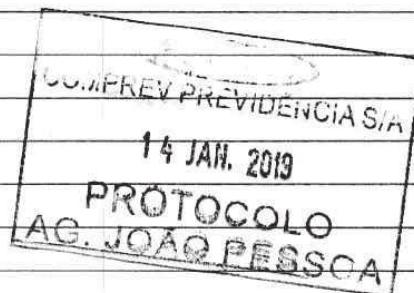




**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Nome do Paciente <i>Savemiro Cabral</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>04/01/18</i>	Enf. <i>0147-II</i>	Leito <i>Ep. 3</i>	
Operador <i>Dr. Edimilson</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Allison (mez)</i>		
2º Auxiliar <i>Dr. Yung (mez)</i>	3º Auxiliar <i>-</i>	Instrumentador <i>Norma</i>	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>TA Tibia (D)</i>			
Tipo de Operação <i>Fixação externa (Dawson) + RMS.</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>o mesmo</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>o</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>sim</i>			
Acidente Durante a Operação <i>NS</i>			



## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DDA sob anestesia.
2) Assepsie + Antissepsie + Campos Estereis.
3) Incisão em pele anterior para (D).
4) Dissecção por planos + Hemostasia.
5) RMS phca + perfusão.
6) Coleta de fragmento ósseo para cultura.
7) Osteossíntese cf tipo Externo tipo Dawson sob escopla.
8) Lavagem de fô cf (F2.9.1).
9) Fechamento por planos.
10) Curativo

YUTV DE Polícia Civil  
ORÇAMENTO DE FISCALIZAÇÃO  
CRIMES 10907


Mod. 018

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Severino Cabral da Silva on 10/01/68						 GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE Sala 04	CONVÊNIO S.V.S	IDADE 49	REGISTRO 1559713		
CIRURGIA Trat. Cir. com fixação de fratura de Tibia Direita		CIRURGIÃO Dr. Malisson + Dr. Claudine				
ANESTESIA Dr. Isabelle		ANESTESIA Raquel				
INSTRUMENTADORA NORMA		DATA 04/01/18	INÍCIO 08:00	FIM 09:35		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.	01	Bolsa Colostoma		Catgut cromado Sertix	CÓDIGO
	Atropina amp.		Calel. p/ OXg.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	05	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.		Compressa Grande		Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Inova ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Ketalar ml	0.1	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Pavulon amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	0.5	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protóxido I/m		Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak	
	Quelicin ml	0.5	Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak	
	Rapifen amp.		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Thionembatal ml		H <sub>2</sub> O ml	03	Mononylon 2-0	
	Tracrium amp.		Intracath Adulto		Mononylon	
			Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
04	Agua Destilada amp.	01	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	02	Luvax 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvax 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvax 8.5		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	0.5	Luvax 8.5			
	Glicose amp.	0.5	Oxigênio I/m			
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix			
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.			
	Kanaktion amp.	0.5	Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	06	Saco coletor p/ lixo		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrothinazol.	01	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
01	Proclama amproazol	01	Seringa desc. 05 ml	02	SG fr 500 ml	
02	Revivan amp. Nauseidun		Sonda	05	SF p/ limpeza	
01	Suptanon amp. amproazol		Sonda folley		ORTESE E PRÓTESE	
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogática			
01	neopresada		Sonda Uretral nº			
01	Demanda		Sterydrem ml			
02	Fuchican		Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml Gelcon 20			
01	Aguilha desc. 25 x 7 40 x 12	01	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4.5	0.5	Malha Tubular			
02	Aguilha p/ raque nº 25	05	elétricos			
05	Álcool de Enfermagem	04	escovinhas			
	Álcool Iodado ml					
01	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					

JUREV PREVIDENCIA S/A  
 14 JAN. 2019  
 PROTOCOLO  
 AC. JOAO PESSOA

EQUIPAMENTOS  
 (X) Oxímetro de Pulso ( ) Foco Auxiliar  
 ( ) Serra ( ) Eletrocautério  
 ( ) Desfibrilador (X) Oxícapiógrafo  
 (X) Foco Frontal (X) Cardiomonitor  
 ( ) Fonte de Luz (X) Perfurador Elétrico  
 Rosângela da C. Quintans  
 CIRCULANTE RESPONSÁVEL 850

MOD 056

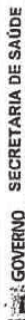


Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/04/2019 19:25:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042219235581900000020137104>

Número do documento: 19042219235581900000020137104





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

## DIAGNÓSTICO

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Alcance		Convênio		Leito	Evolução Médica	
Data	Prescrição Médica	Horário	Alojamento:		Evolução Médica		
1. Dieta	Dieta						
2. SRT 4500ml EV/24h	5.000						
3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h							
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h							
5. Omeprazol 40mg EV/jejum							
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN							
7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN							
8. Glexape 40mg SC/dia							
9. SSVV + CCGG							
10. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
11. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
12. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
13. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
14. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
15. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
16. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
17. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
18. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
19. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
20. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
21. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
22. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
23. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
24. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
25. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
26. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
27. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
28. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
29. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
30. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
31. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
32. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
33. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
34. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
35. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
36. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
37. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
38. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
39. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
40. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
41. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
42. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
43. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
44. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
45. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
46. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
47. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
48. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
49. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
50. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
51. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
52. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
53. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
54. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
55. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
56. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
57. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
58. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
59. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
60. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
61. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
62. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
63. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
64. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
65. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
66. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
67. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
68. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
69. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
70. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
71. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
72. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h							
73. Uniduen 600mg + AD EV 8/8h			</				

Dr. Eduardo Braga Maral  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - 19.659

Dr. Eduardo Braga Martins  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - PG 6889

14 JAN. 2019	PROTOCOLO	AC. JOAO PESSOA
--------------	-----------	-----------------





# Diagnóstico

CA TB 12

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Governo (8)

Paciente: Paulo Delfino Aiojamento: 8 Leito: 8 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
11/12	1. Antibiótico Depressão análise CCG 601 5500	8h	perdo outro pulso cf. fígado Pulso Sentido - 11/12
12/12	1. Antibiótico Depressão análise CCG 601 5500	8h	perdo outro pulso cf. fígado Pulso Sentido - 11/12
13/12	1. Antibiótico Depressão análise CCG 601 5500	8h	perdo outro pulso cf. fígado Pulso Sentido - 11/12

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
14 JAN. 2019  
PROTÓCOLO  
1. G. JOÃO PESSOA

Resposta: 11/12  
CGH

Dr. Julio César Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PB-9965





SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

## Diagnóstico

ORTOPEDIA 2

EXTRA 3

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

PA TIBIA

Paciente	SEVERINO CABRAL 49	Alojamento	Leito	Convênio	EXTRA 3
----------	--------------------	------------	-------	----------	---------

Data	Prescrição Médica		Horário	Evolução Médica
1/1/2018	1 DIETA LIVRE	CT		
	2 JELCO Nº 18 - SALINIZADO	CT		
	3 DIPIRONA 1G + ABD.EV 6/5H	<del>18</del>	<del>20:00</del>	73
	4 OMEPRAZOL 20MG 1 CP VO EM JEIUM	<del>18</del>	<del>20:00</del>	
	5 DEAMBULAR COM MULETAS	CT		BEG, estevel
	6 MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE	CT		sem intercorrência
	7 CURATIVO 1X DIA	CT		
	8 SSVV + CCGG	<del>18</del>	<del>20:00</del>	# CD: VPM
	9 <i>Clonidina - 0,2 mg</i>	<del>18</del>	<del>20:00</del>	
	10			
	11			
	12			
	13			
	14			
	15			

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

14 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG JOÃO PESSOA

Dr. Julio Cesar Passaro

CRM: 10.000/10.000

CRM: 10.000/10.000

MOD. 035



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARAIBA			
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL			
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA			
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO			
P-022			
 		REGISTRO GERAL 4.221.128 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2014 NOME SEVERINO CABRAL DA SILVA FILIAÇÃO GERALDO CABRAL DA SILVA MARIA BELARMINA DA SILVA NATURALIDADE ALAGOA NOVA-PB DATA DE NASCIMENTO 10/01/1968 DOC ORIGEM NASC.N.3569 FLS.219 LIV.A4 CARTÓRIO ALAGOA NOVA PB CPF 056.227.304-22 ASSINATURA DO DIRETOR	
NÃO Alfabetizado(s)			
CARTEIRA DE IDENTIDADE		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
 14 JAN. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO BESSOA





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 056.227.304-22	Nome completo da vítima Serenino Caloral da Silva
---------------------------	---------------------------------	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Serenino Caloral da Silva		CPF titular da conta 056.227.304.22	Profissão Agricultor
Endereço Sítio São José - RD CID UNIV		Número S/N	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade Mogiana Nova	Estado PO	CEP 58325000
Email		Telefone (DDD) (83) 983367743	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
<b>AGÊNCIA</b> NRO. 3834 D/V 8 (Informar dígito se existir)		<b>CONTA</b> NRO. 33863 D/V 2 (Informar dígito se existir)		<b>BANCO</b> Nome NRO.		<b>AGÊNCIA</b> NRO. D/V (Informar dígito se existir)	
				<b>CONTA</b> NRO. D/V (Informar dígito se existir)			

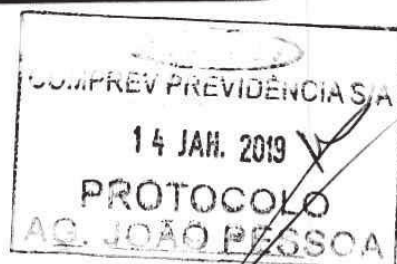
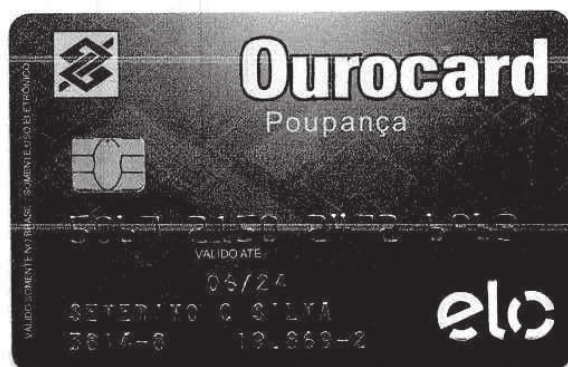
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Mogiana Nova - PB, 08 de 03 de 2019  
Local e Data

Andreza Caloral da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







**SEVERINO CABRAL DA SILVA**  
SIT SAO JOSE, S/N - JO C/D UNIV  
ALAGOANOVA/PB CEP: 58125000 (AQ 71)

Emissão: 19/11/2018 Referência: Nov/2018  
Classe/Subclasse: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 10-77-884-7480 Nº medidor: 0000675384

**ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A**  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015 715.554  
Cód. para Déb. Automático: 00014998942

Atendimento ao L<sup>o</sup> cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a **Nov/2018** Apresentação **19/11/2018** Data prevista da próxima leitura **17/12/2018** CPF/CNPJ/RANI **066.227.304-22**

UC (Unidade Consumidora): **5/1499894-2**

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
17/10/18	8228	19/11/18	8406		177	33
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Aliq.	ICMS(R\$) Base Calc. Pto(R\$) Colm(R\$)	ICMS Pto(R\$) Colm(R\$) (0,3440%) (4,3483%)
0601	Consumo em kWh	177,000	0,422590	74,80	0,00	0 0,00 74,80 0,70 3,26
0601	Adic. B. Vermelha		3,95	0,00	0	0,00 3,95 0,04 0,17
0601	Adic. B. Amarela		1,07	0,00	0	0,00 1,07 0,01 0,05
0810	Subsidio		32,06	0,00	0	0,00 32,06 0,30 1,39
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0908	Devolução Subsidio		-30,36	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 81,51 0,00 0,00 111,97 1,05 4,68

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO 26/11/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 81,51**

Histórico de Consumo (kWh)  
140 | 141 | 133 | 138 | 133 | 158 | 142 | 147 | 149 | 155 | 160 | 144  
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

RTSRYAUS AQ FSCC  
eef9.8090.f6b6.cc8e.bdd1.3661.eef9.c66a.

Indicadores de Qualidade 9/2018 - Area			
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	11,94	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	23,88		
DIC ANUAL	47,78		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
FIC MENSAL	7,62	0,00	
FIC TRIMESTRAL	15,64		
FIC ANUAL	31,26		
DMIC	6,59	0,00	
DICRI	16,60		

Discriminacao	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	28,38	32,34
Compra de Energia	38,80	47,72
Serviço de Transmissão	4,10	5,03
Encargos Setoriais	6,24	7,66
Impostos Diretos e Encargos	5,81	7,25
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>81,51</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSD (Ref 9/2018): R\$ 32,27

**ATENÇÃO**

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/12/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade da devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsiderar essa mensagem.  
Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.  
Subvenção DEC 7.881/13 R\$ 50,36  
- Leitura confirmada  
Isento ICMS

**Faturas em atraso**

Out/18 70,80

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



SEVERINO CABRAL DA SILVA  
SIT SAO JOSE, S/N - JD CID UNIV  
ALAGOANOVA/PB CEP 58125000 (AG 71)

Emissao 19/11/2018 Referencia Nov/2018  
Classe: Suco RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFASICO  
Roteiro 10-77-884-7480 NP medidor 00005575524

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, km 26 - Crato Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.085.183/0001-40 Insc. Est. 18.015.822-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 016 715 554  
Cód. para Deb. Automático: 00014998942

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI  
Nov/2018 19/11/2018 17/12/2018 058.227.304-22  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1499894-2  
Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 17/10/18	Leitura 6229	Data 18/11/18	Leitura 6406	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc Aliq Icms(R\$) Base Calc Aliq(R\$) Coluna(R\$)
0801	Consumo em kWh	177,000	0,422590	74,80 0,00 0 0,00 74,80 0,70 3,26
0801	Adic B Vermelha	3,95	0,00 0	0,00 3,95 0,04 0,17
0801	Adic B Amarela	1,07	0,00 0	0,00 1,07 0,01 0,05
0810	Subsidio	32,05	0,00 0	0,00 32,05 0,30 1,39
0808	Devolução Subsidio	-30,36	0,00 0	0,00 0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 81,51 0,00 0,00 111,87 1,05 -4,86

Média últimos meses (kWh) 145  
VENCIMENTO 26/11/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 81,51

Histórico de Consumo (kWh)  
140 | 141 | 133 | 136 | 133 | 156 | 142 | 147 | 149 | 155 | 160 | 144  
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

eeef9.8090.f6b6.cc8e.bdd1.3661.eef9.c66a.

Indicadores de Qualidade 9/2018 - Área

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL 11,94	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist da Energia/PB 28,36	32,34	
DIC TRIMESTRAL 23,89			Compra de Energia 38,80	47,72	
DIC ANUAL 47,79			Serviço de Transmissão 4,10	5,03	
FIC MENSAL 7,52	0,00	CONTRATADA 202	Encargos Setoriais 6,24	7,68	
FIC TRIMESTRAL 15,04		LIMITE INFERIOR 231	Impostos Diretos e Encargos 5,91	7,25	
FIC ANUAL 31,08	0,00		Outros Serviços 0,00	0,00	
DMIC 6,59			Total	81,51	100,00
DICRI 16,50					

Valor do EUSD (Ref 8/2018): R\$ 32,27

ATENÇÃO

Faturas em atraso  
Out/18 70,80

- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) ao lado relacionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 04/12/2018. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de devida suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso já tenha efetuado o pagamento da(s) fatura(s) acima, desconsidere esta mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Subvenção DEC 7 881/13 R\$ 30,36  
- Leitura confirmada  
- Isento ICMS

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
14 JAN. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**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/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF**<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Anderson Colnol da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 123.140.534 / 66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Senerino Colnol da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.227.304 / 22, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Senerino Colnol da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.227.304 / 22, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

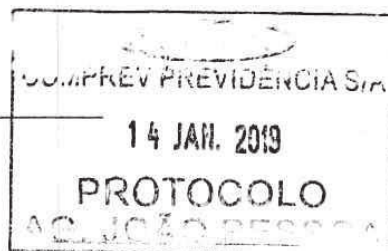
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Sítio São José</u>		Número <u>S/N</u>	Complemento -
Bairro <u>Área Rural</u>	Cidade <u>Alagoa Nova</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58525000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 98367743</u> <u>(83) 996338673</u>

Alagoa Nova - PB, 08 de 03 de 2019  
Local e Data

Anderson Colnol da Silva  
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017







## PROCURAÇÃO PÚBLICA QUE FAZ (EM)

Livro: 111  
Folha(s): 74 à 74v

Cartório "Alípio Bezerra"  
ALAGOA NOVA-PB  
Fagner Rodrigues Soares  
ESCREVENTE

PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que faz: SEVERINO CABRAL DA SILVA.

SAIBAM todos quantos este público instrumento de procuração virem que aos VINTE E CINCO ( 25 ) dias do mês de MAIO do ano de DOIS MIL E DEZOITO ( 2018 ) , nesta cidade de Alagoa Nova, Estado Paraíba, Rua Clementino Leite, número 131, Bairro Centro, neste cartório, perante mim Escrevente compareceu(ram) como **Outorgante(s): SEVERINO CABRAL DA SILVA**, brasileiro, agricultor, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que mantém união estável até a presente data, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 4.221.128, Órgão Emissor SSDS-PB., e do **CPF/MF de número 056.227.304-22**, residente e domiciliado na(o) Sitio São José, s/n, na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba impossibilitado(a) de assinar, por não alfabetizado, assinando a rogo **ANTONIO GERALDO DE ATAIDE NETO**, brasileiro, escrevente, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteiro até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do código civil brasileiro (lei nº 10.406/2002), maior, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 4.109.760, Órgão Emissor SSDS-PB, e do CPF/MF de número 703.648.954-54, residente e domiciliado na(o) Rua MARIO LIMA, número 277, Bairro CENTRO, na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento, reconhecido como o próprio por mim Escrevente pelos documentos que me foram apresentados em seus originais, e de cuja capacidade jurídica dou fé. Pelo outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia(am) e constitui(em) sua bastante(s) Procurador(a): **ANDREZA CABRAL DA SILVA**, brasileira, agricultora, a qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteira até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do Código Civil Brasileiro (Lei Nº 10.406/2002), maior, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 4.221.118, Órgão Emissor SSDS-PB., e do **CPF/MF de número 121.140.534-66**, residente e domiciliada na(o) Sitio São José, s/n, na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba; a quem concede especiais e ilimitados poderes para representar o outorgante e o fim especial de requerer e receber indenização de Seguro Obrigatório DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Severino Cabral da Silva, ocorrido em Vinte e sete (27) dias do mês de Agosto do ano de Dois Mil e Dezesete (2017), conforme registrado pelo B.O, anexo ao processo. Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, podendo assinar autorização de pagamento de indenização do seguro DPVAT, declaração de residência, declaração de

PROTÓCOLO  
14 JAN. 2019  
JUIZ DE PAZ PREVIDÊNCIA S/A



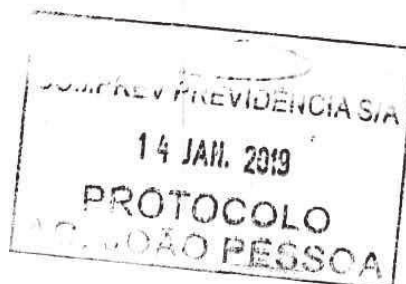


ausência de Laudo do IML, procuração particular, podendo ainda, **representá-lo(a) junto ao Banco do Brasil S/A., agência 3814-8, da cidade de Alagoa Nova-PB.,** com a finalidade de abrir e movimentar conta corrente e/ou poupança, assinar quaisquer formulários destinados a movimentação de tal conta, receber cartão magnético, assinar todo e qualquer documento, efetuar saques de qualquer quantia em dinheiro e/ou cheque bancário, receber e/ou efetuar troca e desbloqueio de cartão-magnético e/o eletrônico, cadastrar, alterar e desbloquear senha, contra-recibos, assinando tudo mais que for preciso, bem como o encerramento das conta receber e depositar o valor recebido, dar quitação, bem como constituir Advogado para o foro em geral, com poderes de cláusula "ad-judicia", c/c. parte final do art. 38, do CPC.; enfim requerer e assinar todos os papeis e documentos que forem precisos; enfim requerer e assinar todos os papeis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato. Enfim, praticar os demais atos do interesse do(a) Outorgante(s), podendo, inclusive, substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reservas de iguais poderes. Os dados do(a) procurador(a) e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo-lhe lido em voz alta, outorga, aceita e assina. Eu, **FAGNER RODRIGUES SOARES**, Escrevente, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho (                      ) da verdade. As.: ANTONIO GERALDO DE ATAIDE NETO. Está conforme o original. Dou fé. Traslada hoje. Lavrada em 25 de Maio de 2018, às fls. 74 a 74v. Emolumentos: R\$94,80; Taxa FARPEN: R\$5,14; Taxa FEPJ: R\$17,44; Taxa MP: R\$1,52; Valor Total: R\$118,90, conforme Lei 10.169/2000 do Provimento 05/2006. Selo Digital: AGY84900-Q9PX - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alagoa Nova/PB, 25 de Maio de 2018

  
FAGNER RODRIGUES SOARES

Cartório "Alipio Bezerra"  
ALAGOANOVA-PB  
Fagner Rodrigues Soares  
ESCREVENTE





República Federativa do Brasil  
Estado da Paraíba  
Comarca de Alagoa Nova  
Cartório "Alípio Bezerra"



ESCRITURA PÚBLICA DE DECLARATORIA

Livro: 134  
Folha(s): 76 à 77

"ALÍPIO BEZERRA"

M<sup>a</sup> da Glória M. B. Melo

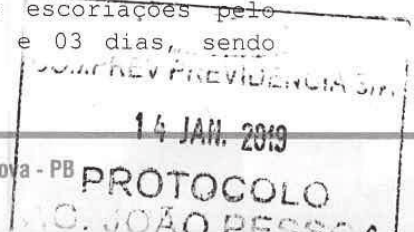
Tabela em Exercício

Comarca de Alagoa Nova - Pb.

TRASLADO DE **ESCRITURA PÚBLICA DECLARATORIA**, que fazem e assinam: de um lado como Outorgante Declarante: SEVERINO CABRAL DA SILVA, na forma abaixo como se declaram.

SAIBAM todos quantos esta pública escritura virem que aos VINTE ( 20 ) dias do mês de JUNHO do ano de DOIS MIL E DEZOITO ( 2018 ), nesta cidade de Alagoa Nova, Estado Paraíba, Rua Clementino Leite, número 131, Bairro Centro, em minha serventia cujos serviços a mim foram regularmente delegados pelo Poder Público Estatal, compareceram partes entre si previamente acordadas, a saber: de um lado como Outorgante Declarante: SEVERINO CABRAL DA SILVA, brasileiro, agricultor, o qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que mantém união estável até a presente data, portador do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 4.221.128, Órgão Emissor SSDS-PB., e do CPF/MF de número 056.227.304-22, residente e domiciliado na(o) Sitio São José, s/n, JD CID UNIV, município de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba impossibilitado(a) de assinar, por não ser alfabetizado, assinando a rogo GLÓRIA MONIKE MARTINS DE MELO, brasileira, estudante universitária, a qual se declara sob sua responsabilidade civil e criminal que seu estado civil é solteira até a presente data, além de não manter nenhuma união estável, sob as penas da lei, conforme prevê o artigo 1.723 e seguintes, do código civil brasileiro (lei nº 10.406/2002), maior, portadora do(a) RG - Cédula de Identidade de Registro Geral de número 3.761.619, Órgão Emissor SSDS-PB., e do CPF/MF de número 097.893.584-58, residente e domiciliada na(o) Rua CLEMENTINO LEITE, número 131, Bairro centro, na cidade de Alagoa Nova, no Estado da Paraíba, ficando no final desta sua impressão dactiloscópica como prova de seu consentimento; O(s) presente(s), pessoa(s) identificada(s) como as própria(s) por mim Notário que esta subscreve, através dos documentos apresentados e acima mencionados, do que dou fé. 1) Declaro que fui vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 27 de Agosto de 2017, por volta das 17:45, quando caminhava pelo Sitio São José (próximo a Casa de Valdeci), neste município, quando uma moto em alta velocidade atropela frontalmente o declarante, deixando-lhe desacordado; conforme Certidão de Ocorrência Policial, datada de 26 de março de 2018, na Delegacia da Comarca de Alagoa Nova-PB., sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande-PB., e ali ficou constatado fratura na perna direita e escoriações pelo corpo, onde fiquei internado por cerca de um mês e 03 dias, sendo

Rua Clementino Leite, 131 - Fone: (83) 3365-1066 - Alagoa Nova - PB  
CNPJ 09.368.291/0001-40







República Federativa do Brasil  
Estado da Paraíba  
Comarca de Alagoa Nova  
Cartório "Alípio Bezerra"



realizado procedimento cirúrgico. Declaro que, resido no Sítio São José, s/nº, JD CID UNIV., município de Alagoa Nova-PB, CEP. 58.125-000, cujo comprovante em anexo O Declarante **SEVERINO CABRAL DA SILVA**, beneficiário do Sinistro de Seguro DPVAT, vítima de acidente de Trânsito, autoriza a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, efetuar o crédito referente ao citado seguro, nº Banco 001, em sua conta poupança nº 19.869-2, agência nº 3814-8, Variação 51, Banco do Brasil. Declaro que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que, não há estabelecimento do IML no município de minha residência. Os dados do Declarante e do objeto da presente foram fornecidos por declaração, ficando o(s) outorgante(s) responsável(eis) por sua veracidade, bem como por qualquer incorreção. Declaro expressamente, que estou ciente de que, caso esta declaração não seja expressão da verdade, ressarcirei a Seguradora dos prejuízos decorrentes desta, além de responder criminalmente por infração do Art. 299, do Código Penal Brasileiro. Eximindo esta Serventia de qualquer responsabilidade civil e criminal. E, por estarem assim justos e contratados, me pediram que lavrassem esta Escritura, que lhes sendo lida em voz alta foi achada conforme e aceita, juntamente com as testemunhas que são: e juntamente com as testemunhas que são: **IZADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS**, portadora do CPF. nº 017.073.724-11 e do RG. 3.668.818-2ª via-SSDS-PB., brasileira, casada, funcionária pública, residente e domiciliada na Rua Projetada, nº 65, Loteamento Rejane Lima, Bairro Olho D'Água, nesta cidade de Alagoa Nova-PB; e **ISRAEL DE SOUSA FARIAS**, portador do CPF. nº 082.917.124-09 e do RG. nº 3.406.239-SSDS-PB., brasileiro, casado, estudante, residente e domiciliado na Rua Projetada, nº 65, Loteamento Rejane Lima, Bairro Olho D'Água, nesta cidade de Alagoa Nova-PB. Eu, **MARIA DA GLÓRIA MARTINS BEZERRA DE MELO**, Notário, subscrevo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho ( ) da verdade. As.: **GLÓRIA MONIKE MARTINS DE MELO**; **ISRAEL DE SOUSA FARIAS**; **IZADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS**. Está conforme o original. Dou fé. Traslada hoje. Lavrada em 20 de Junho de 2018, às fls. 76 a 77. Emolumentos: R\$ 47,40; Taxa FARPEN: R\$ 28,22; Taxa FEPJ: R\$ 8,72; Taxa MP: R\$ 0,76; Valor Total: R\$ 85,10, conforme Lei 10.169/2000 de Provimento 05/2006. Selo Digital: AHB65770-EMMF - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alagoa Nova/PB, 20 de Junho de 2018

MARIA DA GLÓRIA MARTINS BEZERRA DE MELO

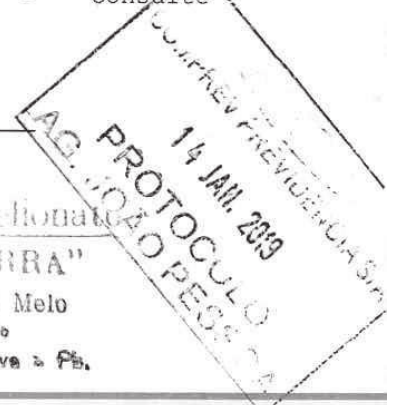
Cartório do Tabelionato

"ALÍPIO BEZERRA"

Mª da Glória M. B. Melo

Tabela em Exercício

Comarca de Alagoa Nova - PB.



Rua Clementino Leite, 131 - Fone: (83) 3365-1066 - Alagoa Nova - PB  
CNPJ 09.368.291/0001-40



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-022

*Andreza Cabral da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.221.118 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/01/2014

NOME ANDREZA CABRAL DA SILVA

FILIAÇÃO SEVERINO CABRAL DA SILVA  
ELIANE EUCLIDES DA SILVA

NATURALIDADE ESPERANÇA-PB DATA DE NASCIMENTO 17/02/1995

DOC ORIGEM  
NASC. N. 22172 FLS. 226 LIV. A24  
CARTÓRIO ALAGOA NOVA PB  
OPF 121.140.534-66

ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
121.140.534-66

Nome  
ANDREZA CABRAL DA SILVA

Nascimento  
17/02/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE  
A189.7BA2.E892.612A

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:04:04 do dia 09/05/2013 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

COMPREV FRENTELOUN S/A

14 JAN. 2019

PROTÓCOLO  
AQ. JOÃO PESSOA





## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** SEVERINO CABRAL DA SILVA, brasileiro, união estável, agricultor, analfabeto, inscrito no cadastro de pessoa física do Ministério da Fazenda sob o nº 056.227.304.22, residente e domiciliado no Sítio São José, s/n, Área Rural, Alagoa Nova/PB, CEP: 58125.000

**Outorgado:** ISRAEL DE SOUZA FARIAS, brasileiro, inscrito na OAB/PB sob nº 25.670, com escritório profissional na Rua Manoel Araújo, nº 70, Centro, Alagoa Nova-PB, CEP: 58125.000. FONE: (83) 98116-7741 / 99631-8671 Endereço Eletrônico: israelfariasadv@gmail.com, onde o outorgado deverá receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

**Poderes e fins:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui o outorgado como seu procurador e para defender seus interesses perante o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância ou tribunal, ficando, o mesmo, investido no poder para o foro em geral, usando de todos os recursos legais e acompanhando-a até decisão final. Confere ainda aos outorgados os poderes especiais para requerer, desistir, transacionar, conciliar, assinar termo de denúncia e conciliação, renunciar, desistir, transigir, em juízo ou fora dele, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Alagoa Nova/PB, 22/04/2019.

Outorgante: Severino Cabral da Silva

Testemunha: 1) Isadora da Silva de Souza Farias CPF: 017073724-11

Testemunha: 2) Maria Rosa de S. Farias CPF: 048342288-07

Scanned by CamScanner



R. H.

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade requerida.

Nos termos do art. 334, do Novo Código de Processo Civil, agende-se audiência de conciliação.

Cite-se o réu para audiência designada com o prazo mínimo de 20 (vinte) dias de antecedência.

Intime-se a parte autora, através de seu advogado.

O réu poderá apresentar contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data da audiência de conciliação.

Cumpra-se.

JUIZ DE DIREITO

Data e assinatura digital





**CITAÇÃO À PARTE RÉ PARA COMPARECER A AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO  
DESIGNADA PARA O DIA NOVE (09) DE OUTUBRO DE 2020, PELAS 10:20H., NO FÓRUM  
LOCAL.**

**A CONTESTAÇÃO PODERÁ SER APRESENTADA APÓS A REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA  
REFERIDA, NO PRAZO DE 15 DIAS, POR PETIÇÃO.**



**AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA PARA O DIA NOVE (09) DE OUTUBRO DE 2020, PELAS 10:20H., NO FÓRUM LOCAL.**  
**A PARTE AUTORA DEVERÁ FICAR CIENTIFICADA DA AUDIÊNCIA ATRAVÉS DO SEU ADVOGADO.**

