



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	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
20702 668	22/04/2019 19:26	<u>ENTRADA ADM</u>	Outros Documentos
20702 670	22/04/2019 19:26	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO 1</u>	Outros Documentos
20702 676	22/04/2019 19:26	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO 2</u>	Outros Documentos
20702 678	22/04/2019 19:26	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO 3</u>	Outros Documentos
20702 684	22/04/2019 19:26	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO 4</u>	Outros Documentos
20702 687	22/04/2019 19:26	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO 5</u>	Outros Documentos
20702 694	22/04/2019 19:26	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO 6</u>	Outros Documentos
20702 697	22/04/2019 19:26	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO 7</u>	Outros Documentos
20702 704	22/04/2019 19:26	<u>PROCURAÇÃO</u>	Procuração
20844 240	02/05/2019 00:05	<u>Despacho</u>	Despacho
30541 334	11/05/2020 12:27	<u>Expediente</u>	Expediente
30541 335	11/05/2020 12:27	<u>Expediente</u>	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

Incialmente, 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 invalido 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. (Acordão 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 S_EQUE LAS_R_E_S_IDUAI_S ? :

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. 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

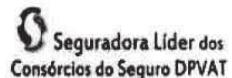
Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013953/19

Vítima: SEVERINO CABRAL DA SILVA

CPF: 056.227.304-22

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/08/2017

Titular do CPF: SEVERINO CABRAL DA SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

esc
quebra
quebra.

ANDREZA CABRAL DA SILVA : 121.140.534-66

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

hovo

3190 031 062

SEVERINO CABRAL DA SILVA : 056.227.304-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 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

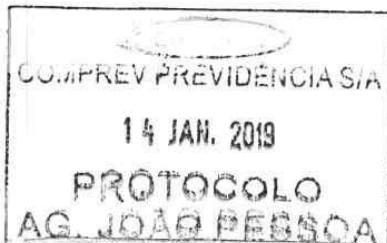
VERSANDO SOBRE: ACIDENTE DE TRÂNSITO

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 Belarmino 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 deserdado; 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		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência 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





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

14 JAN. 2019

PRONT (B.E) Nº: 1494332		CLASS. DE RISCO:	EXAME PRIMÁRIO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ALÉRGIA:	Medicamentos:
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Mairinhas, Campina Grande - PB - CEP: 58313-809		Data: 27/08/2017	
Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 07		Atendente: Cláudia Bezerra Lacerda	
PACIENTE: SEVERINO CABRAL DA SILVA		Nascimento: 10/01/1968	
Endereço: SITIO SAO JOSE		Sexo: M	
Cidade: Alagoa Nova		Idade: 049	
Nome da Mãe: MARIA BEATRIZINA DA SILVA		RG:	
Responsável: GILVAN		CPF:	
Estado Civil: Casado(a)		Data de Atend:	27/08/2017
Motivo: ATROPELAMENTO POR MOTO		Hora:	20:13:43
Médico:		CRM:	
OBS FICHA:		MECANISMOS DO TRAUMA	
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)		1. Abrasão 19. Fratura óssea fechada 2. Amputação 20. Fratura óssea aberta 3. Avulsão 21. Hematoma 4. Contusão 22. Intingüimento/vanosc 5. Crepitação 23. Lacerção 6. Dcr 24. Lesão tendínea 7. Edema 25. Luxação 8. Empaixamento 26. Laceradura 9. Enfisema/auriculite 27. Movimento traçado para/di- 10. Ermagamento 28. Objeto enterrado 11. Equimose 29. Cistografia 12. F. Arma branca 30. Paralisia 13. F. Arma de fogo 31. F. Parestesia 14. F. Centrac 32. F. Quimioterapia 15. F. Criança 33. Quimioterapia 16. F. Crcos-contusão 34. Rincografia 17. F. Parto-cortac 35. Síndrome de Isquemia 18. F. Perfuro-cortante 36.	

EXAME FÍSICO		EXAMES SOLICITADOS:	
PUPILAS		Ultrassonografia: <input checked="" type="checkbox"/>	
Pulmões		Radiografias: <input checked="" type="checkbox"/>	
Foltores		Gasometria arterial: <input checked="" type="checkbox"/>	
Gengivas		Tomografia Computadorizada: <input checked="" type="checkbox"/>	
Cervicais		SOLICITAÇÃO DE PARCEIRO MÉDICO:	
Abdômen		Especialista: <i>Dr. G. Gonçalves</i>	
Extremidades		Especialista: <i>Dr. G. Gonçalves</i>	
Médico SOLICITANTE:		PROCEDIMENTOS REALIZADOS:	
Nº		PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	
1		Sangue - Acesso venoso	
2		Liquido pleural - Acesso venoso	
3		Liquido pleural - Acesso venoso	
4		Baciloscopia	
5		Baciloscopia	
6		Baciloscopia	
7		Baciloscopia	
8		Baciloscopia	
9		Baciloscopia	
10		Baciloscopia	
11		Baciloscopia	
12		Baciloscopia	
13		Baciloscopia	
14		Baciloscopia	
15		Baciloscopia	
16		Baciloscopia	
17		Baciloscopia	
18		Baciloscopia	
19		Baciloscopia	
20		Baciloscopia	
21		Baciloscopia	
22		Baciloscopia	
23		Baciloscopia	
24		Baciloscopia	
25		Baciloscopia	
26		Baciloscopia	
27		Baciloscopia	
28		Baciloscopia	
29		Baciloscopia	
30		Baciloscopia	
31		Baciloscopia	
32		Baciloscopia	
33		Baciloscopia	
34		Baciloscopia	
35		Baciloscopia	
36		Baciloscopia	
37		Baciloscopia	
38		Baciloscopia	
39		Baciloscopia	
40		Baciloscopia	
41		Baciloscopia	
42		Baciloscopia	
43		Baciloscopia	
44		Baciloscopia	
45		Baciloscopia	
46		Baciloscopia	
47		Baciloscopia	
48		Baciloscopia	
49		Baciloscopia	
50		Baciloscopia	
51		Baciloscopia	
52		Baciloscopia	
53		Baciloscopia	
54		Baciloscopia	
55		Baciloscopia	
56		Baciloscopia	
57		Baciloscopia	
58		Baciloscopia	
59		Baciloscopia	
60		Baciloscopia	
61		Baciloscopia	
62		Baciloscopia	
63		Baciloscopia	
64		Baciloscopia	
65		Baciloscopia	
66		Baciloscopia	
67		Baciloscopia	
68		Baciloscopia	
69		Baciloscopia	
70		Baciloscopia	
71		Baciloscopia	
72		Baciloscopia	
73		Baciloscopia	
74		Baciloscopia	
75		Baciloscopia	
76		Baciloscopia	
77		Baciloscopia	
78		Baciloscopia	
79		Baciloscopia	
80		Baciloscopia	
81		Baciloscopia	
82		Baciloscopia	
83		Baciloscopia	
84		Baciloscopia	
85		Baciloscopia	
86		Baciloscopia	
87		Baciloscopia	
88		Baciloscopia	
89		Baciloscopia	
90		Baciloscopia	
91		Baciloscopia	
92		Baciloscopia	
93		Baciloscopia	
94		Baciloscopia	
95		Baciloscopia	
96		Baciloscopia	
97		Baciloscopia	
98		Baciloscopia	
99		Baciloscopia	
100		Baciloscopia	
101		Baciloscopia	
102		Baciloscopia	
103		Baciloscopia	
104		Baciloscopia	
105		Baciloscopia	
106		Baciloscopia	
107		Baciloscopia	
108		Baciloscopia	
109		Baciloscopia	
110		Baciloscopia	
111		Baciloscopia	
112		Baciloscopia	
113		Baciloscopia	
114		Baciloscopia	
115		Baciloscopia	
116		Baciloscopia	
117		Baciloscopia	
118		Baciloscopia	
119		Baciloscopia	
120		Baciloscopia	
121		Baciloscopia	
122		Baciloscopia	
123		Baciloscopia	
124		Baciloscopia	
125		Baciloscopia	
126		Baciloscopia	
127		Baciloscopia	
128		Baciloscopia	
129		Baciloscopia	
130		Baciloscopia	
131		Baciloscopia	
132		Baciloscopia	
133		Baciloscopia	
134		Baciloscopia	
135		Baciloscopia	
136		Baciloscopia	
137		Baciloscopia	
138		Baciloscopia	
139		Baciloscopia	
140		Baciloscopia	
141		Baciloscopia	
142		Baciloscopia	
143		Baciloscopia	
144		Baciloscopia	
145		Baciloscopia	
146		Baciloscopia	
147		Baciloscopia	
148		Baciloscopia	
149		Baciloscopia	
150		Baciloscopia	
151		Baciloscopia	
152		Baciloscopia	
153		Baciloscopia	
154		Baciloscopia	
155		Baciloscopia	
156		Baciloscopia	
157		Baciloscopia	
158		Baciloscopia	
159		Baciloscopia	
160		Baciloscopia	
161		Baciloscopia	
162		Baciloscopia	
163		Baciloscopia	
164		Baciloscopia	
165		Baciloscopia	
166		Baciloscopia	
167		Baciloscopia	
168		Baciloscopia	
169		Baciloscopia	
170		Baciloscopia	
171		Baciloscopia	
172		Baciloscopia	
173		Baciloscopia	
174		Baciloscopia	
175		Baciloscopia	
176		Baciloscopia	
177		Baciloscopia	
178		Baciloscopia	
179		Baciloscopia	
180		Baciloscopia	
181		Baciloscopia	
182		Baciloscopia	
183		Baciloscopia	
184		Baciloscopia	
185		Baciloscopia	
186		Baciloscopia	
187		Baciloscopia	
188		Baciloscopia	
189		Baciloscopia	
190		Baciloscopia	
191		Baciloscopia	
192		Baciloscopia	
193		Baciloscopia	
194		Baciloscopia	
195		Baciloscopia	
196		Baciloscopia	
197		Baciloscopia	
198		Baciloscopia	
199		Baciloscopia	
200		Baciloscopia	
201		Baciloscopia	
202		Baciloscopia	
203		Baciloscopia	
204		Baciloscopia	
205		Baciloscopia	
206		Baciloscopia	
207		Baciloscopia	
208		Baciloscopia	
209		Baciloscopia	
210		Baciloscopia	
211		Baciloscopia	
212		Baciloscopia	
213		Baciloscopia	
214		Baciloscopia	
215		Baciloscopia	
216		Baciloscopia	
217		Baciloscopia	
218		Baciloscopia	
219		Baciloscopia	
220		Baciloscopia	
221		Baciloscopia	
222		Baciloscopia	
223		Baciloscopia	
224		Baciloscopia	
225		Baciloscopia	
226		Baciloscopia	
227		Baciloscopia	
228		Baciloscopia	
229		Baciloscopia	
230		Baciloscopia	
231		Baciloscopia	
232		Baciloscopia	
233		Baciloscopia	
234		Baciloscopia	
235		Baciloscopia	
236		Baciloscopia	
237		Baciloscopia	
238		Baciloscopia	
239		Baciloscopia	
240		Baciloscopia	
241		Baciloscopia	
242		Baciloscopia	
243		Baciloscopia	
244		Baciloscopia	
245		Baciloscopia	
246		Baciloscopia	
247		Baciloscopia	
248		Baciloscopia	
249		Baciloscopia	
250		Baciloscopia	
251		Baciloscopia	
252		Baciloscopia	
253		Baciloscopia	
254		Baciloscopia	
255		Baciloscopia	
256		Baciloscopia	
257		Baciloscopia	
258		Baciloscopia	
259		Baciloscopia	
260		Baciloscopia	
261		Baciloscopia	
262		Baciloscopia	
263		Baciloscopia	
264		Baciloscopia	
265		Baciloscopia	
266		Baciloscopia	
267		Baciloscopia	
268		Baciloscopia	
269		Baciloscopia	
270		Baciloscopia	
271		Baciloscopia	
272		Baciloscopia	
273		Baciloscopia	
274		Baciloscopia	
275		Baciloscopia	
276		Baciloscopia	
277		Baciloscopia	
278		Baciloscopia	
279		Baciloscopia	
280		Baciloscopia	
281		Baciloscopia	
282		Baciloscopia	
283		Baciloscopia	
284		Baciloscopia	
285		Baciloscopia	
286		Baciloscopia	
287		Baciloscopia	
288		Baciloscopia	
289		Baciloscopia	
290		Baciloscopia	
291		Baciloscopia	
292		Baciloscopia	
293		Baciloscopia	
294		Baciloscopia	
295		Baciloscopia	
296		Baciloscopia	
297		Baciloscopia	
298		Baciloscopia	
299		Baciloscopia	
300		Baciloscopia	
301		Baciloscopia	
302		Baciloscopia	
303		Baciloscopia	
304		Baciloscopia	
305		Baciloscopia	
306		Baciloscopia	
307		Baciloscopia	
308		Baciloscopia	
309		Baciloscopia	
310		Baciloscopia	
311		Baciloscopia	
312		Baciloscopia	
313		Baciloscopia	
314		Baciloscopia	
315		Baciloscopia	
316		Baciloscopia	
317		Baciloscopia	
318		Baciloscopia	
319		Baciloscopia	
320		Baciloscopia	
321		Baciloscopia	
322		Baciloscopia	
323		Baciloscopia	
324		Baciloscopia	
325		Baciloscopia	
326		Baciloscopia	
327		Baciloscopia	
328		Baciloscopia	
329		Baciloscopia	
330		Baciloscopia	
331		Baciloscopia	
332		Baciloscopia	



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 <i>Serenino Calvão da Silva</i>	CPF da Vítima <i>05622730422</i>	Data do Acidente <i>27/08/2017</i>
--	-------------------------------------	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i>Andréza Calvão da Silva</i>	CPF do Representante legal <i>32334053466</i>
Email <i></i>	Telefone (DDD) <i>(83) 983367745</i>

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 previsão de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

14 JAN. 2019
PROTOCOLO
AC. JOÃO PESSOA

Florianópolis - PR, 08 de 03 de 2019
Local e Data

Andréza Calvão da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





Ficha de Acolhimento

Nome: <i>Serginho Celorônio da Silva</i>	Bairro: <i>Al. Nova</i>
End: <i>R. St. São José</i>	Documento de Identificação:
Data de Nascimento: <i>10/01/68</i>	Queixa: <i>Ac. MOTO</i> Data do Atend: <i>27/08/17</i> Hora: <i>20:18</i> Documento:
Acidente de trabalho? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória: <i>14/15</i>	
Pressão arterial: <i>14 JAN. 2019</i>	Temperatura axilar: <i>36.5</i>
Dosagem de HGT: <i>PROTOCOLO PESSOA</i>	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input checked="" type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input checked="" type="checkbox"/> Gade <input type="checkbox"/> de rodas	<input type="checkbox"/> Maca

Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato
 Verde - atendimento até 4 horas

MOD. 110

Assinatura do paciente

Amarelo - atendimento até 1 hora
 Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





GOVERNO DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente Sérgio César de Oliveira		Nº Prontuário
Data da Operação 23/08/11.		Enf. Leito
Operador Dr. Carlos	Dr. Jânio	1º Auxiliar Dr. Gilberto Meneguim
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia Dr. Lemos	Tipo de Anestesia Geral	
Diagnóstico Pré-Operatório Trauma abdominal fechado		
Tipo de Operação Cistostomia		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação <u>nas lumb.</u>		

DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
① Pct em decubito dorsal	
② Anestesia e antineurop	
③ Incisão medianas	
④ Inventário: Reserva de líquido livre inter-abdominal	
⑤ Presença de lesões no estômago - lo secura	
⑥ Sutura com cronos - O	
⑦ Drenagem do conduto	
⑧ Echimento das planas anteriores	
⑨ Cinturão	
COMPRAV PREVIDÊNCIA SIA	Dr. Jânio Dutarte MOLHADA Ceará Brasil
14 JAN. 2019	
PROTÓCOLO	
AG. JOSÉ PESSOA	

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Assinado

R.

ISRAEL FARIAS

02/04/2019

58/02/2019

Mr. Pinto

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR

TO

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERATIVO

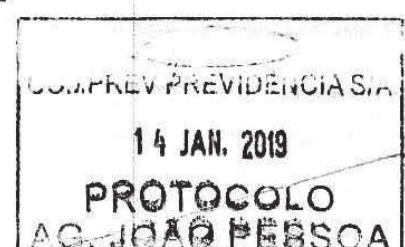
DE SANTA CATARINA

DE SANTA CATARINA

ISRAEL FARIAS

ISRAEL FARIAS

ISRAEL FARIAS



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL	HOSAITAL DE TRABALHO		
CIDADE	C. GRANDE		
NOME DO PACIENTE	JÉVERIO Ribeiro de SIlva		
Nº DO PONTUÁRIO	Nº AI. H	CÓD. PROCEDIMENTO	CONVÉNIO
1434332			
PROCEDIMENTO REALIZADO			
TIR. P. DE FRACTURA DE TIBIA PRODUTO: FIXADOR EXTERNO ORTOPÉDICO REF.: 01 QUANT.: 01 CÓD. ROMP.:			
FIXADOR EXTERNO ORTOPÉDICO REF.: 01 QUANT.: 01 CÓD. ROMP.:			
28/10/2017		DATA DA COMUNICAÇÃO	
28/10/2017		MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM	
28/10/2017		M. J. NEVES	
OBSERVAÇÕES		Ex. / FIXADOR EXTERNO ORTOPÉDICO 14 JAN. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL		14 JAN. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	



20190422 19:25

realizadas na sala de reuniões

SECRETARIA

20190422 19:25

Protocolo

Brasil, que é o maior + velho no mundo + influente + forte
Brasil, que é o maior + velho no mundo + forte
Brasil, que é o maior + velho no mundo + forte

ME

08.40

21/04/2019

Caruaru

.....

25

Reuniões

10

gastos

10

10

210

FO

depósito
armamento

10

50

... 0-5
... 0-8
... 1-

...

50

COMPRA P/ PREVISÃO DA SÍN.

14 JAN. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Reuniões

80

10

10

210

merculux — 10

20190422 0842 — 01

210

100

30

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

— 50

Nome do Paciente <i>Jesuino Gabriel da Silva</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>28.8.14</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Bento Tomás</i>	1º Auxiliar <i>Dr. Nogueira</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia <i>Alcur</i>	Tipo de Anestesia <i>Alcur</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Furunculo exposto sobre a pele da perna (2) Grau (3) A ; furunculo na (2) + furunculo aberto (2)</i>		
<u>Tipo de Operação</u>		
Diagnóstico Pós-Operatório		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato	<i>EX-REV PREVIDÊNCIA S.A. 14 JAH. 2019 PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA</i>	
Acidente Durante a Operação		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<i>Admissível anteropar</i> <i>excesso de sangue visceras</i> <i>excesso de sangue visceras</i> <i>visceras / Avisamento de furunculo o furunculo é fixado</i> <i>extremo proximal ferido (2)</i> <i>ferido aberto</i> <i>extremo distal</i>
<i>2º ferido: ferido ferimento ferido (2)</i>
<i>3º ferido: ferido para aliviar o edema (2)</i> <i>excesso de sangue visceras</i> <i>extremo proximal ferido</i> <i>extremo distal</i>

Mod. 01B

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Nome do Paciente <i>Renan Cabral de Souza</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 Hallisson</i>	
2º Auxiliar <i>Dr Wagner</i>	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fractura exposta ossos de perna D</i>		
Tipo de Operação <i>Osteosíntese iuxtaarticular</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia <i>Ø</i>		
Exame Radiológico no Ato <i>Não</i>	<i>COMPRA PREVIDÊNCIA SIM 14 JAN 2019 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA</i>	
Acidente Durante a Operação <i>Não</i>		

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Paciente em ORT sob anestesia
- 2) Asepsia e antisepsia
- 3) Campos esterilizados
- 4) Incisões enteras perna D por planos + hemostasia
- 5) Reduções correntes de fios de Fratura + fixação com placas OCP larga 8 furos + parafusos corticiais
- 6) Incisões quadril e per planos + hemostasia
- 7) Retirada de enxertos ósseos e spongiosos
- 8) Colocação de enxertos ósseos e spongiosos em fios de Fratura
- 9) Sutura por planos
- 10) Curativos

Dr. Júlio Cesar Castro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 39965

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento

Hospital:	<u>Hospital de Base</u>	Código:	
Procedimento:	<u>Amputação da Perna</u>	Cód. Procedimento:	
Paciente:	<u>Silviano da Silva</u>		
Data da Cirurgia:	<u>28/09/11</u>	Nº prontuário:	<u>9493332</u>
Cirurgião:	<u>M. Marques</u>		
Código:			
		(<input type="checkbox"/>) Reposição	(<input type="checkbox"/>) Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (4.5) mm	Nº	30	32	34				
	Qtd.	08	03	03				
	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						REV PREVIDÊNCIAS	
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº						14 JAH. 2019	
	Qtd.							
	Cód.							

OBS: O PREENCHIMENTO DO BRONTOUÁRIO É OBRIGATÓRIO

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

Cód. de consultar: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador:

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodóro Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.500/0001-05 | Fone/Fax: (88) 3251-4801 | E-mail: biocirc@bol.com.br | www.biocirc.com.br



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

Assinado eletronicamente por CARNE 20002 - NOME: 22070737102021

Número do documento: 19042219233428100000020137095

Núm. 20702678 - Pág. 2



Diagnóstico

- Deltaiamín
- lesão da célula da bexiga
- Do cisternaf
- PE EXTO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

me fueriis lobriol dasilva

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28.08 9:30h	1) 8fro, q.i. 1000mg EV agora	2º 10:00	Paciente admitido às 2h
	2) 1000mg EV a cada 2h	3º 10:30	da manhã na epa vítima
	3) 1000mg EV a cada 2h	4º 11:00	de acidente de moto com

1. Family Name _____

28/08
11:18 Paciente estubando, estavel, respi-
rando espontaneamente, com
coleira 3L/min, consciente,
orientado.

PROTÓCOLO
AC. JORNALISTAS
14 JAH. 2019

CD: Hidratacão
= Hidroconfinamento
Gesso articular
Ex: Laboratorial
Agoronda UTI.

en el que: entiende s/ PVA Sedado
SOL 105-VM, Nuevo Contrato, SNG.
SEVVA: FC: 100
FC: 131/64
SPZ 100 i.-
Dureza: ?
flect?

Hancock, G.
Graso anterior
Ex. Laboratorio
A. Segundo UTI

Tablet 1
MICHIGAN
CHM 96

CRM 9067-53



DIAGNÓSTICO

7-4. fixed fares (c)

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Seuen in den Regen

Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIA - 22/04/2019 19:25:40
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042219234829400000020137101>
Número do documento: 19042219234829400000020137101

Num. 20702684 - Pág. 1



Sternino

47

FOIHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNOSTICO: **Tip** premio (4) + premio



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDEZ

ORTOP
EITO 9.1

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

EXPOSSOS PERNAD

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO	
VERINHO CABRA DA SERRA	49
PRE OP	05/05/2018
EXP DIAF OSSOS PERNAS	
LEITO 9-1	

Paciente

Data	Prescrição Médica	Evolução Médica		
		Horário		
07/01	1 DIETA LIVRE DE LÍQUIDOS NOITE 2 JEJO SALINIZADO	Att 12h	31 ° DIH — BEG, estavel Sem sintomas Durese e enurese +	
	3 DIPIRONA 1G+ABD EV 6/6H			
	4 TRAMAL 100MG + SS 0,9% 100ML EV 8/8H S/A			
	5 NAUSEPDRON 8MG/ML 1FLA + ABD EV 8/8H S/N			
	6 OMEPRAZOL 40MG + DILUENTE EV EM JEJUM			
	7 TILATIL 20MG + ABD EV 12/12H S/N			
	8 XARELTO 15MG 1 CP VO DIA S/UF			
	9 SSVW + CCGG			
	10 DODI S/N			
	11 CEGS S/N			
	12 JUVE S/N			
	13 DODI S/N			
	14 CEGS S/N			
	15 JUVE S/N			
	16 DODI S/N			
	17 CEGS S/N			
	18 JUVE S/N			
	19 DODI S/N			
	20 CEGS S/N			
	21 JUVE S/N			
	22 DODI S/N			
	23 CEGS S/N			
	24 JUVE S/N			
	25 DODI S/N			
	26 CEGS S/N			
	27 JUVE S/N			
	28 DODI S/N			
	29 CEGS S/N			
	30 JUVE S/N			
	31 DODI S/N			
	32 CEGS S/N			
	33 JUVE S/N			
	34 DODI S/N			
	35 CEGS S/N			
	36 JUVE S/N			
	37 DODI S/N			
	38 CEGS S/N			
	39 JUVE S/N			
	40 DODI S/N			
	41 CEGS S/N			
	42 JUVE S/N			
	43 DODI S/N			
	44 CEGS S/N			
	45 JUVE S/N			
	46 DODI S/N			
	47 CEGS S/N			
	48 JUVE S/N			
	49 DODI S/N			
	50 CEGS S/N			
	51 JUVE S/N			
	52 DODI S/N			
	53 CEGS S/N			
	54 JUVE S/N			
	55 DODI S/N			
	56 CEGS S/N			
	57 JUVE S/N			
	58 DODI S/N			
	59 CEGS S/N			
	60 JUVE S/N			
	61 DODI S/N			
	62 CEGS S/N			
	63 JUVE S/N			
	64 DODI S/N			
	65 CEGS S/N			
	66 JUVE S/N			
	67 DODI S/N			
	68 CEGS S/N			
	69 JUVE S/N			
	70 DODI S/N			
	71 CEGS S/N			
	72 JUVE S/N			
	73 DODI S/N			
	74 CEGS S/N			
	75 JUVE S/N			
	76 DODI S/N			
	77 CEGS S/N			
	78 JUVE S/N			
	79 DODI S/N			
	80 CEGS S/N			
	81 JUVE S/N			
	82 DODI S/N			
	83 CEGS S/N			
	84 JUVE S/N			
	85 DODI S/N			
	86 CEGS S/N			
	87 JUVE S/N			
	88 DODI S/N			
	89 CEGS S/N			
	90 JUVE S/N			
	91 DODI S/N			
	92 CEGS S/N			
	93 JUVE S/N			
	94 DODI S/N			
	95 CEGS S/N			
	96 JUVE S/N			
	97 DODI S/N			
	98 CEGS S/N			
	99 JUVE S/N			
	100 DODI S/N			
	101 CEGS S/N			
	102 JUVE S/N			
	103 DODI S/N			
	104 CEGS S/N			
	105 JUVE S/N			
	106 DODI S/N			
	107 CEGS S/N			
	108 JUVE S/N			
	109 DODI S/N			
	110 CEGS S/N			
	111 JUVE S/N			
	112 DODI S/N			
	113 CEGS S/N			
	114 JUVE S/N			
	115 DODI S/N			
	116 CEGS S/N			
	117 JUVE S/N			
	118 DODI S/N			
	119 CEGS S/N			
	120 JUVE S/N			
	121 DODI S/N			
	122 CEGS S/N			
	123 JUVE S/N			
	124 DODI S/N			
	125 CEGS S/N			
	126 JUVE S/N			
	127 DODI S/N			
	128 CEGS S/N			
	129 JUVE S/N			
	130 DODI S/N			
	131 CEGS S/N			
	132 JUVE S/N			
	133 DODI S/N			
	134 CEGS S/N			
	135 JUVE S/N			
	136 DODI S/N			
	137 CEGS S/N			
	138 JUVE S/N			
	139 DODI S/N			
	140 CEGS S/N			
	141 JUVE S/N			
	142 DODI S/N			
	143 CEGS S/N			
	144 JUVE S/N			
	145 DODI S/N			
	146 CEGS S/N			
	147 JUVE S/N			
	148 DODI S/N			
	149 CEGS S/N			
	150 JUVE S/N			
	151 DODI S/N			
	152 CEGS S/N			
	153 JUVE S/N			
	154 DODI S/N			
	155 CEGS S/N			
	156 JUVE S/N			
	157 DODI S/N			
	158 CEGS S/N			
	159 JUVE S/N			
	160 DODI S/N			
	161 CEGS S/N			
	162 JUVE S/N			
	163 DODI S/N			
	164 CEGS S/N			
	165 JUVE S/N			
	166 DODI S/N			
	167 CEGS S/N			
	168 JUVE S/N			
	169 DODI S/N			
	170 CEGS S/N			
	171 JUVE S/N			
	172 DODI S/N			
	173 CEGS S/N			
	174 JUVE S/N			
	175 DODI S/N			
	176 CEGS S/N			
	177 JUVE S/N			
	178 DODI S/N			
	179 CEGS S/N			
	180 JUVE S/N			
	181 DODI S/N			
	182 CEGS S/N			
	183 JUVE S/N			
	184 DODI S/N			
	185 CEGS S/N			
	186 JUVE S/N			
	187 DODI S/N			
	188 CEGS S/N			
	189 JUVE S/N			
	190 DODI S/N			
	191 CEGS S/N			
	192 JUVE S/N			
	193 DODI S/N			
	194 CEGS S/N			
	195 JUVE S/N			
	196 DODI S/N			
	197 CEGS S/N			
	198 JUVE S/N			
	199 DODI S/N			
	200 CEGS S/N			
	201 JUVE S/N			
	202 DODI S/N			
	203 CEGS S/N			
	204 JUVE S/N			
	205 DODI S/N			
	206 CEGS S/N			
	207 JUVE S/N			
	208 DODI S/N			
	209 CEGS S/N			
	210 JUVE S/N			
	211 DODI S/N			
	212 CEGS S/N			
	213 JUVE S/N			
	214 DODI S/N			
	215 CEGS S/N			
	216 JUVE S/N			
	217 DODI S/N			
	218 CEGS S/N			
	219 JUVE S/N			
	220 DODI S/N			
	221 CEGS S/N			
	222 JUVE S/N			
	223 DODI S/N			
	224 CEGS S/N			
	225 JUVE S/N			
	226 DODI S/N			
	227 CEGS S/N			
	228 JUVE S/N			
	229 DODI S/N			
	230 CEGS S/N			
	231 JUVE S/N			
	232 DODI S/N			
	233 CEGS S/N			
	234 JUVE S/N			
	235 DODI S/N			
	236 CEGS S/N			
	237 JUVE S/N			
	238 DODI S/N			
	239 CEGS S/N			
	240 JUVE S/N			
	241 DODI S/N			
	242 CEGS S/N			
	243 JUVE S/N			
	244 DODI S/N			
	245 CEGS S/N			
	246 JUVE S/N			
	247 DODI S/N			
	248 CEGS S/N			
	249 JUVE S/N			
	250 DODI S/N			
	251 CEGS S/N			
	252 JUVE S/N			
	253 DODI S/N			
	254 CEGS S/N			
	255 JUVE S/N			
	256 DODI S/N			
	257 CEGS S/N			
	258 JUVE S/N			
	259 DODI S/N			
	260 CEGS S/N			
	261 JUVE S/N			
	262 DODI S/N			
	263 CEGS S/N			
	264 JUVE S/N			
	265 DODI S/N			
	266 CEGS S/N			
	267 JUVE S/N			
	268 DODI S/N			
	269 CEGS S/N			
	270 JUVE S/N			
	271 DODI S/N			
	272 CEGS S/N			
	273 JUVE S/N			
	274 DODI S/N			
	275 CEGS S/N			
	276 JUVE S/N			
	277 DODI S/N			
	278 CEGS S/N			
	279 JUVE S/N			
	280 DODI S/N			
	281 CEGS S/N			
	282 JUVE S/N			
	283 DODI S/N			
	284 CEGS S/N			
	285 JUVE S/N			
	286 DODI S/N			
	287 CEGS S/N			
	288 JUVE S/N			
	289 DODI S/N			
	290 CEGS S/N			
	291 JUVE S/N			
	292 DODI S/N			
	293 CEGS S/N			
	294 JUVE S/N			
	295 DODI S/N			
	296 CEGS S/N			
	297 JUVE S/N			
	298 DODI S/N			
	299 CEGS S/N			
	300 JUVE S/N			
	301 DODI S/N			
	302 CEGS S/N			
	303 JUVE S/N			
	304 DODI S/N			
	305 CEGS S/N			
	306 JUVE S/N			
	307 DODI S/N			
	308 CEGS S/N			
	309 JUVE S/N			
	310 DODI S/N			
	311 CEGS S/N			
	312 JUVE S/N			
	313 DODI S/N			
	314 CEGS S/N			
	315 JUVE S/N			
	316 DODI S/N			
	317 CEGS S/N			
	318 JUVE S/N			
	319 DODI S/N			
	320 CEGS S/N			
	321 JUVE S/N			
	322 DODI S/N			
	323 CEGS S/N			
	324 JUVE S/N			
	325 DODI S/N			
	326 CEGS S/N			
	327 JUVE S/N			
	328 DODI S/N			
	329 CEGS S/N			
	330 JUVE S/N			
	331 DODI S/N			
	332 CEGS S/N			
	333 JUVE S/N			
	334 DODI S/N			
	335 CEGS S/N			
	336 JUVE S/N			
	337 DODI S/N			
	338 CEGS S/N			
	339 JUVE S/N			
	340 DODI S/N			
	341 CEGS S/N			
	342 JUVE S/N			
	343 DODI S/N			
	344 CEGS S/N			
	345 JUVE S/N			
	346 DODI S/N			
	347 CEGS S/N			
	348 JUVE S/N			
	349 DODI S/N			
	350 CEGS S/N			
	351 JUVE S/N			
	352 DODI S/N			
	353 CEGS S/N			
	354 JUVE S/N			
	355 DODI S/N			
	356 CEGS S/N			
	357 JUVE S/N			
	358 DODI S/N			
	359 CEGS S/N			
	360 JUVE S/N			
	361 DODI S/N			
	362 CEGS S/N			
	363 JUVE S/N			

MOD. 035



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente:	Enfermeira cubana da Silveira	Idade:	49
Convênio:	SCS	Data:	22/08/12
Procedimento:	Lef. Estabilizar o rotulão a pé + fixar com fratura - exposta.		
Cirurgião:	Dr. Carlos + júnior	Auxiliar:	Dr. Bento
Anestesista:	DR. Serrano		
Inicio:	00:30	Término:	03:00hs
Anestesia:	General		

Observações:

Realizado asepsia corporal, trote e revisão de circulação, sem anomalias. Também feito gasonométrico arterial e medicado C.P.M. Solicitado laboratório as 8:00h. (Lerim)
02/09/1975 72

1548
A life serif
c. 1911-1930

Assinatura Anestesista Circulante
Relatório de Operação MOD. 103



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento
8391

Hospital: de Emergência e Trauma de C. Grande Código: _____
Procedimento: Trat. Cir. Pern. Fibra 3 de Fibril. Cód. Procedimento: _____
Paciente: Silviano Calixto da Silva
Data da Cirurgia: 09/03/18 Nº prontuário: 3559133 Convênio: _____
Cirurgião: Dr. Edilson Código: _____ Reposição Caixa Pronta

DESCRÍÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

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.						

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: _____ Total: _____

Cód. Instrumentador:

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodórico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521-4801 * www.bioimplants.com.br

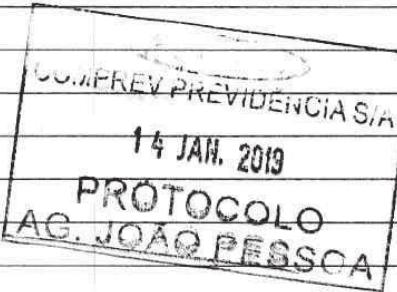


Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/04/2019 19:25:43

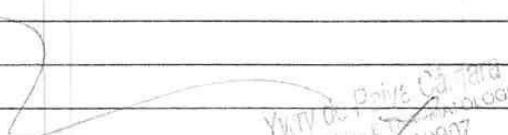
<http://pie.tipp.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042219235581900000020137104>

Número do documento: 19042219235581900000020137104

Núm. 20702687 - Pág. 3

Nome do Paciente Savonaro Cabral.		Nº Prontuário	
Data da Operação 04/01/18		Enf. ortop. II	Leito Ep. 3
Operador Dr. Edimilson	1º Auxiliar Dr. Wellington (mez)		
2º Auxiliar Dr. Yury (mez)	3º Auxiliar -	Instrumentador Norma.	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório PA Tibia (C)			
Tipo de Operação Fixação óssea (fixation) + RMS.			
Diagnóstico Pós-Operatório O mesmo			
Relatório Imediato da Patologia		 14 JAN. 2013 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Exame Radiológico no Ato sim			
Acidente Durante a Operação N.S.			

DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
1) Paciente em DOR sub anestesia. 2) Asepsia + Antissepsia + Campo estéril. 3) Incisão em free anterior para (C). 4) Dissecção per plena + Hemostasia. 5) RMS phca + perfusão. 6) Coletar os fragmentos ósseos pt. articular. 7) Osteosíntese c/ fix. óssea tipo Preston sob escudos. 8) Lixação de bo c/ (F.9%). 9) Fechamento per plena. 10) Cerrado.	
 Dr. Edimilson 04/01/2018 CRM-PB 10907	

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Severino Calvão da Silva em 10/01/68

QI LEITE Sala 04 CONVÉNIO SVS IDADE 49 REGISTRO 1359713

CIRURGIA Trat. em com fibrose CIRURGIAO
de Reparativo de Tibia Direita Dr. Halisson + Dr. Eudim

ANESTESIA Dr. Isabelle ANESTESIA Raqui

INSTRUMENTADORA NORMA DATA 04/01/18 INICIO 08:00 FIM 09:35

GOVERNO DA PARAIBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepan amp.	05	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
	Dimore 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		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso	
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	0.1	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubainh amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	0.5	Eparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	0.5	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapifén amp.		H ₂ O ml	0.3	Mononylon 2-0	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	0.1	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
04	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	0.2	Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	0.5	Luvas 8.5		Vicryl Sertix	
	Glicose amp.	0.5	Luvas 9.0		Vicryl Sertix	
	Glucosol de Cálcio amp.		Oxigênio l/m			
	Haemacel ml.		Poliflux			
	Heparema ml.		PVPI Degemante ml			
	Kanakion amp.	0.5	PVPI Tópico ml.			
	Lasix amp.	0.6	Sabão Antiséptico		SOROS	
	Medrotinazol.	0.1	Saco coletor p/ lixo		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	0.1	Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml	
0.1	Prolamina oniprazol	0.1	Seringa desc. 20 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
0.2	Reviven amp. nausidin	0.1	Seringa desc. 05 ml		SG Ringr fr 500 ml	
0.1	Sulptanion amp. oniprazol		Sonda	0.2	SE fr 500 ml	
	Cefalotina 1g		Sonda folley	0.5	SE p/ limpeza	
0.1	novo pesada		Sonda Nasogárica		ORTSESE E PROTESE	
0.1	Dormonal		Sonda Uretral nº			
0.2	Tuxican		Steridrem ml			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	0.1	Torneirinha			
0.1	Aguilha desc. 25 x 7	0.1	Vaselina ml			
	Aguilha desc. 28 x 28	0.1	Gelcon 18			
	Aguilha desc. 3 x 4.5	0.5	Latese			
0.2	Aguilha p/ raque nº 2.5	0.5				
0.5	Álcool de Enfermagem	0.4				
	Álcool Iodado ml					
0.1	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metíleno amp.					
	Benzina ml					

EQUIPAMENTOS

- () Oxímetro de Pulso () Foco Auxiliar
- () Serra () Eletrocautério
- () Desfibrilador () Oxicapnógrafo
- () Foco Frontal () Cardiomonitor
- () Fonte de Luz () Perfurador Elétrico

Rosangela da C. Quintans

Respirador de C. Quintans

Respirador



DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO		Exf. 03	Leito	Convênio
Silvano Corrêa				

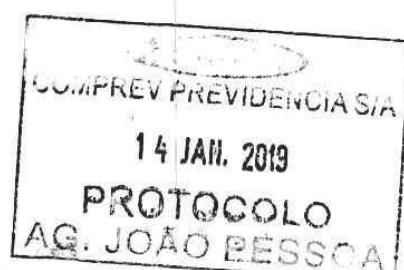
FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1000

Alojamiento



Diagnóstico





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	Nome completo da vítima
	056 227 304 - 22	Serenino Colenel da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Serenino Colenel da Silva	CPF titular da conta 056 227 304 22	Profissão Agricultor	
Endereço Sítio São José - JD CID UNIV	Número 371	Complemento	
Bairro Área Rural	Cidade Mangabeira	Estado PB	CEP 58125 000
Email	Telefone (DDD) (83) 3833 6774		

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"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 3854 D/V 8 CONTA NRO. 59869 2
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____
AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (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.

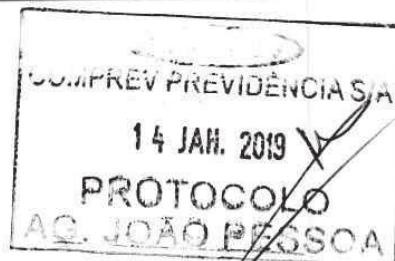
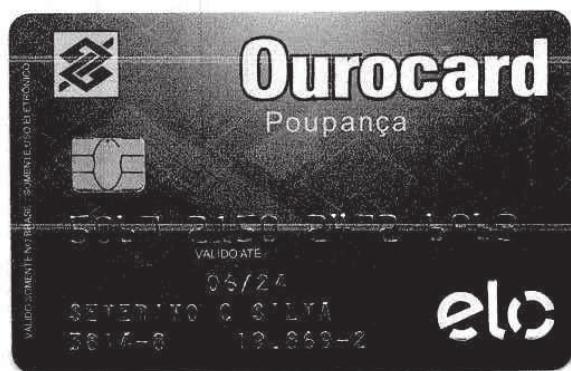
Mangabeira-PB, 08 de 03 de 2013
Local e Data

Andrade Colenel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Assinado eletronicamente por: ISRAEL DE SOUZA FARIAS - 22/04/2019 19:25:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19042219241185800000020137111>
Número do documento: 19042219241185800000020137111

Num. 20702694 - Pág. 5

SEVERINO CABRAL DA SILVA
SIT SAO JOSE, SIN - JD CID UNIV
ALAGOA NOVA/PB CEP 58125600 (AG 71)

Emissao 19/11/2018 Referencia Nov/2018
Classe/Subcls RURAL /RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro 10- 77- 684- 7460 N° medidor 00002575384

ENERGISA PARAIBA- DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br230, Km25- Cristo Redentor- João Pessoa/PB- CEP 58071-680
CNPJ 09.956.182/0001-40 Insc Est 16.016.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°15: 715.554
Cód. para Déb. 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	066.227.304-22 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1499894-2

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Lectura	Data	Lectura	1		177		33	
Demonstrativo									
Quantidade Tento/ci Valor Base Calc. Alm. Icms(R\$) Base Calc. Pis(R\$) Cofins(R\$)									
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS Pis/Cofins(R\$)	(0,9440%)	(4,3483%)	
0801	Consumo em kWh	177.000	0,422580	74,80	0,00	0	74,80	0,70	3,26
0801	Adic. B Vermelha			3,95	0,00	0	3,95	0,04	0,17
0801	Adic. B Amarela			1,07	0,00	0	1,07	0,01	0,05
0810	Subsídio			32,05	0,00	0	32,05	0,30	1,39
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0808	Devolução Subsídio			-30,36	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 81,51 0,00 0,00 111,87 1,05 4,66

Média últimos meses (kWh)

145

VENCIMENTO

26/11/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 81,51

Histórico de Consumo (kWh)

140	141	133	138	133	158	142	147	149	155	180	144
Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18

RESERVADO AO FISCO

ee9f8090.f6b6.cc8e.bdd1.3661.eef9.c66a.

Indicadores de Qualidade 3/2018- Área

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	11,94	0,00	Serviços de Dist. da Energisa/PB	28,38	32,34
DIC TRIMESTRAL	23,88	NOMINAL	Compra de Energia	38,80	47,72
DIC ANUAL	47,78	220	Serviço de Transmissão	4,10	5,03
FIC MENSAL	7,82	0,00	Encargos Setoriais	6,24	7,68
FIC TRIMESTRAL	15,64	CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	5,81	7,25
FIC ANUAL	31,28	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DIMC	6,59	0,00	Total	81,51	100,00
DICRI	16,60	LIMITE SUPERIOR	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 inadimplemento. Subvenção DEC 7.891/13 R\$ 30,36

- Leitura confirmada
Isento ICMS

Faturas em atraso

Out/18 70,80



SEVERINO CABRAL DA SILVA
SIT SAO JOSE, SN - JD CID UNIV.
ALAGOA NOVA/PB CEP 58125000 (AG. 71)

Emissão: 19/11/2018 Referência: Nov/2018
Classe/Suporte: RURAL/RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Rotaria: 10-77-894-7480 Nº medidor: 00009575364

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cidade Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-680
CNPJ: 09.095.189/0001-40 Insc. Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°016 715 654
Cód. para Déb. Automático: 00014988842

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

Conta referente a **Nov / 2018** Apresentação **19/11/2018** Data prevista da próxima leitura **17/12/2018** CPF/ CNPJ/ RANI **056.227.304-22**
Insc. Est: **056.227.304-22**

UC (Unidade Consumidora):

5/1499894-2

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leritura	Data	Leritura					177	33
Demonstrativo									
Quantidade Tarifa/ Valor Base Calc. Alq. ICMS(R\$) ICMS Paf(R\$) Cofins(R\$)									
0801 Consumo em kWh	177.000 0,422590	74,60	0,00	0	0,00	74,60	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 Subsídio		32,06	0,00	0	0,00	32,06	0,30	1,39	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0808 Devolução Subsídio		-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 | 138 | 133 | 158 | 142 | 147 | 149 | 155 | 160 | 144
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Feb/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

ee9.8090.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	Serviços de Dist. da Energia/PB	29,36	32,34
DIC TRIMESTRAL	23,89	NOMINAL	Serviço de Energia	38,90	47,72
DIC ANUAL	47,79	220	Serviço de Transmissão	4,10	5,03
FIC MENSAL	7,82	0,00	Encargos Sistêmicos	6,24	7,88
FIC TRIMESTRAL	15,64	CONTRATADA	Impostos, Créditos e Encargos	5,91	7,25
FIC ANUAL	31,28	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DIMIC	6,59	0,00	Total	81,81	100,00
DICRI	16,80	LIMITE SUPERIOR			

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

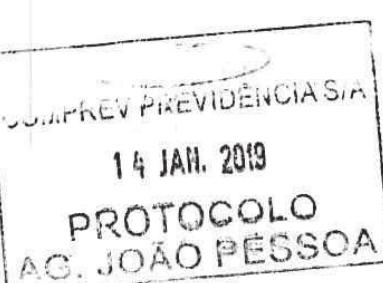
ATENÇÃO

- 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) scima, desconsiderar essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplemento. Subvenção DEC 7 881/13 R\$ 3,36

- Leitura confirmada
Isento ICMS

Faturas em atraso

Out/18 70,80





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

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

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

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

Pelo exposto, eu Andrezza Calval da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 123.340.534-66, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Senerino Calval da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.227.304-22, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Senerino Calval 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

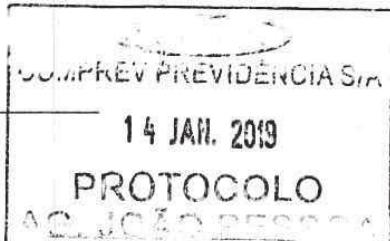
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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 <u>-</u>
Bairro <u>Área Rural</u>	Cidade <u>Alagoa Nova</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58125-000</u>
Email <u></u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83) 9836-7743</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 996338673</u>	

Alagoa Nova - PB, 08 de 01 de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante





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



PROCURAÇÃO PÚBLICA QUE FAZ (EM)

Livro: 111
Folha(s): 74 à 74v

Cartório "Alípio Bezerra"
ALAGOA NOVA-PB
Fagner Rodrigues Soares
Escrevente
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) Sítio 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) Sítio 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 Dezessete (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

14 JAN 2019

PROTOCOLO

UNIVERSITY PREVIDENCIAS

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



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=19042219242106300000020137114>
Número do documento: 19042219242106300000020137114

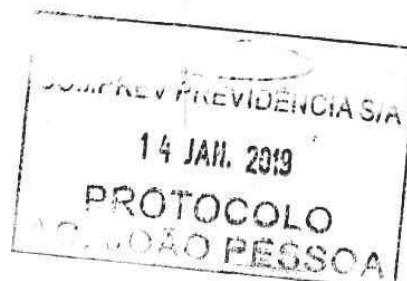
Num. 20702697 - Pág. 1

ausência de Laudo do IML, procuração particular, podendo ainda, representá-lo(a) junto ao Banco do Brasil S/A., agencia 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/ou 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, subscrovo 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. Trasladada hoje. Lavrada em 25 de Maio de 2018, às fls. 74 a 74v. Emolumentos: R\$94,80; Taxa FARFEN: 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 "Alípio Bezerra"
ALAGOA NOVA-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^a da Glória M. B. Melo
Tabelaria 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) Sítio 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 Sítio São José (próximo a Casa de Valdeci), neste município, quando uma moto em alta velocidade atropelou 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

14 JAN. 2019

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

PROTOCOLO
C. JOÃO BEZERRA





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 Transito, 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, resarcirei 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. 3.668.818-2^avia-SSDS-PB., brasileira, casada, funcionária pública, residente e domiciliada na Rua Projetada, nº 65, Loteamento Rejane Lima, Bairro Olho D'Agua, nesta cidade de Alagoa Nova-PB; e **ISRAEL DE SOUSA FARIAS**, portador do CPF. nº 082.917.124-09 e do RG. nº 3.406239-SSDS-PB., brasileiro, casado, estudante, residente e domiciliada na Rua Projetada, nº 65, Loteamento Rejane Lima, Bairro Olho D'Agua, nesta cidade de Alagoa Nova-PB. Eu, **MARIA DA GLÓRIA MARTINS BEZERRA DE MELO**, Notário, subscrovo e assino em público e raso com sinal que uso. Em testemunho () da verdade. As.: **GLÓRIA MONIKE MARTINS DE MELO**; **ISRAEL DE SOUZA FARIAS**; **IZADORA DA SILVA DE SOUZA FARIAS**. Está conforme o original. Dou fé. Trasladada 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 do Provimento 05/2006. Selo Digital: AHB65770-EMWF - Consulte autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

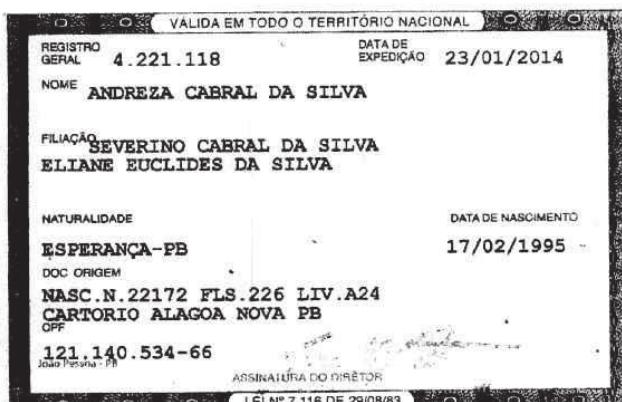
Alagoa Nova/PB, 20 de Junho de 2018

MARIA DA GLÓRIA MARTINS BEZERRA DE MELO

Cartório do Tabellonato
"ALÍPIO BEZERRA"
M^a da Glória M. B. Melo
Tabellia em Exercício
Estmarca de Alagoa Nova à P.

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



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número

121.140.534-66

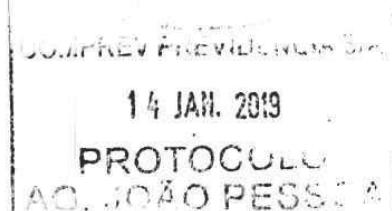
Nome

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.brComprovante 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

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 judicia 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) Isaura da Silva de Souza Farias CPF: 017.073.724-11

Testemunha: 2) Maria Rosa de S. Farias CPF: 048.382.888-07

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.

Cumpre-se.

JUIZ DE DIREITO

Data e assinatura digital



Assinado eletronicamente por: ERONILDO JOSE PEREIRA - 02/05/2019 00:05:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19050200053325800000020274232>
Número do documento: 19050200053325800000020274232

Num. 20844240 - Pág. 1

**CITAÇÃO À PARTE RÉ PARA COMPARÉCER 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.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO MARCOS BEZERRA DE MELO - 11/05/2020 12:27:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20051112273872900000029335746>
Número do documento: 20051112273872900000029335746

Num. 30541335 - Pág. 1