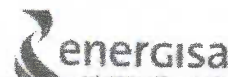


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta.

Recibo para simplificar pagamento da nota fiscal emitida no sistema elétrico N° 038.806.934



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

DADOS DO CLIENTE

JOSE ALVES DA SILVA FILHO
RUA JOSE GOMES DE SOUZA 92
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/321225-5

REFERÊNCIA

FEV/2020

APRESENTAÇÃO

12/02/2020

CONSUMO

238

VENCIMENTO

16/03/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 204,15

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 08512.087175 9 81960000020415

Pagador: JOSE ALVES DA SILVA FILHO CNPJ/CPF: 148.043.364-00

RUA JOSE GOMES DE SOUZA 92 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008512087	000321225202002	16/03/2020	R\$ 204,15	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

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

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 04/03/2020 16:34:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030416340237400000027742401>

Número do documento: 20030416340237400000027742401



PROCURAÇÃO COM PODERES GERAIS E ESPECIAIS

OUTORGANTE: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO,
(nacionalidade) BRASILEIRO, (estado civil) CASADO,
(profissão) PROTEÍMO, portador do RG nº 3.404.840, SSDS/PB,
inscrito no CPF nº 088.499.074-83, residente e domiciliado (a) na PUA:
Quadrado A Lote 04, nº 5/N, Bairro BATÃO DAS INDÚSTRIAS,
CEP _____, na cidade de João Pessoa - PB, endereço
eletrônico: SEM ENDEREÇO ELETRÔNICO OBS: _____

OUTORGADO: Luciano da Silva Menezes, divorciado, inscrito na oab/pb sob o nº 25.228, contato: (83) 98873-3522, com endereço eletrônico: lucianosilvamenezes.adv@gmail.com; com escritório profissional situado na Rua Cônego Nicodemos Neves, nº 60 – Bairro dos Estados, CEP 58030-050, João Pessoa - PB, onde deverão receber quaisquer correspondências e/ou notificações referentes ao presente feito.

PODERES: Pelo presente instrumento de mandato, nomeia e constitui seus bastantes procuradores supracitados, aos quais confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, inclusive com a cláusula “ad judícia et extra judícia”, a fim de que possam defender os interesses e direitos do (a) outorgante, perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, Repartição Pública, Autarquia (em especial ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena para requerer e receber PRONTUÁRIO MÉDICO e requerer benefícios e documentos junto ao INSS), Entidade Paraestatal, Instituição Financeira Pública ou Privada, propondo ação competente em que o (a) outorgante seja parte interessada, receber citação e intimações, fazer notificações judiciais e extrajudiciais, retirar documentos e prontuários médicos, reclamar, requerer justiça gratuita, conciliar, desistir, renunciar direitos, transigir, recorrer, levantar alvarás junto à Caixa Econômica Federal e/ou Banco do Brasil ou qualquer instituição financeira, receber e dar quitação, firmar compromissos, prestar declarações, enfim, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato.

Requer que as comunicações dos atos processuais sejam feitas em nome dos advogados acima transcritos, sob pena de nulidade.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

As partes outorgantes declaram, nos termos da Lei nº 1.060/50 (Lei da Assistência Judiciária Gratuita), que é pobre na forma da legislação de regência e que, por isso, não tem condições de arcar com as custas processuais sem comprometer o sustento próprio e de sua família.

João Pessoa - PB, 27.11.2019.
Local e data

Washington Ferreira Carneiro
Assinatura do Outorgante

(83) 98873-3522 / (83) 99172-6199 ☎
lucianosilvamenezes.adv@gmail.com ✉





**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01796.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01796.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:54 horas do dia 17 de fevereiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Washington Ferreira Carneiro**, CPF nº 088.494.074-83, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Maria do Socorro Ferreira Carneiro e Benito Carneiro da Silva Sobrinho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/03/1989 (30 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Gomes de Sousa, Nº 92, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Escola Maria de Fatima Antonio Maior, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98668-2485.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Cruz das Armas, Em Frente Ao Bem Mais Supermercado., João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas;
Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/10/19 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 18/10/2019 por volta das 17:00 horas, na Av. Cruz das Armas; João Pessoa-PB, o declarante foi vítima de atropelamento pelo ônibus da empresa transnacional prefixo 0863 linha Esplanada 102, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelos Bombeiros para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde, conforme Certidão nº 0178/2020, foi diagnosticado FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 2º e 3º QUIRODÁCTILO ESQUERDO.

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

João Pessoa/PB, 17 de fevereiro de 2020.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO
Noticiante

Procedimento Policial: 01796.01.2020.1.00.401

1/1





VISTO EM: 27/11/19

FERNANDA Diniz L. de C. Barros

Nº 20000000027742414

Comandante BAPH

**BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES**

João Pessoa-PB, 27 de novembro de 2019.

CERTIDÃO Nº. 0260/2019

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 18/10/2019, solicitado pelo(a) interessado(a), consta que foi socorrido por volta das 17h40min O **Sr. WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO**, CPF nº **088.494.074-83**, vítima de **Colisão Ônibus x Carro**. Ocorrido na Avenida Cruz Das Armas, Cruz das armas, João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-39, tendo como chefe o **SGT BM WALLISSON CARDOSO GUEDES**, Matrícula 525.953-3. Vítima consciente e orientada com corte contuso na mão esquerda, uma possível fratura de metacarpo e dedo anelar esquerdo. Após os procedimentos de imobilização a referida guarnição o transportou na viatura acima citada para o complexo Hospitalar de Mangabeira Tarcísio de Miranda Burity (Trauminha).

Para constar, eu **Valdeci Silva dos Santos - SD BM**, Mat. 526.040-0, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo (a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

NLS Cap Thalita Nazário Chaves
Thalita Nazário Chaves
Chefe da 3ª Seção

Thalita Nazário Chaves
Mat: 525.960-6



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**viva
o trabalho**

Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba – Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3218-7979 - E-mail: baphbm@gmail.com





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, 19 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080117

Vítima: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,


Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15531687



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0064791/20

Vítima: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO

CPF: 088.494.074-83

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/10/2019

Titular do CPF: WASHINGTON FERREIRA
CARNEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO : 088.494.074-83

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3200080117

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/02/2020
Nome: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO
CPF: 088.494.074-83

WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 088.494.074-83 4 - Nome completo da vítima: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO

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

5 - Nome completo: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO 6 - CPF: 088.494.074-83
7 - Profissão: MOTORISTA 8 - Endereço: RUA: JOSE GOMES DE SAUS 9 - Número: 92 10 - Complemento:
11 - Bairro: MANAUS 12 - Cidade: JOAO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58300000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 9407-6571

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4033 CONTA: 54538 9 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOAO PESSOA - PB 17/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



CERTIDÃO

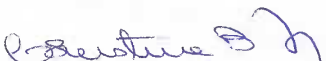
Nº. 0178/2020

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity certifica a constatação de Ficha Atendimento Nº271609 e Prontuário nº 2019.10.2138 pertencentes ao paciente **WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO** que foi atendido dia 18/10/2019 às 18h17min, vítima de atropelamento por ônibus, apresentando trauma em Mao esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de falange proximal do 2º e 3º quirodáctilo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 18/10/2019 e 23/10/2019. Alta médica dia 23/10/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 31 de janeiro de 2020


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPIÇAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 271609 Atd: Nao Regul
Data: 18/10/2019
Hora: 18:17:23
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER S
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO Num. Prontuario: 2019.10.002138
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 088.494.074-83
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3404840 Fone: 993505237
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/03/1989 Id: 30 ano(s)
End.: RUA PROJETADA,0
Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: MARIA DO SOCORRO FERREIRA CARNEIRO Pai: BENEDITO CARNEIRO DA SILVA SOBRINHO
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO
Tel/Doc. Responsavel: 993505237 / IDENTIDADE: 3404840
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: BOMBEIRO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Lesão Principal

CAUSA DE ATROPELAMENTO POR ONIBUS. APRESENTA
TRAUMA CONTUSO EM MAO ESQUERDA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

VEIO COM O SAMU

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. José Gutemberg C. de Lima
Especialista Anestesiologia Total
de Joelha e Quadril
CRM - 1738

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ [] HTF

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa _____

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Washington F. Conceição</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>18/10/19</u>	Cirurgião: <u>Dr. Luciano</u>			1º Assistente: <u>Dr. Raimon</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>fx exp F1 do 2º e 3º DDE</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>TTO Cirúrgico p/ diagnóstico</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DA SILVA MENEZES - 04/03/2020 16:34:32

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20030416343155800000027742825>

Número do documento: 20030416343155800000027742825

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

01. paciente em JH sob anestesia (bloqueio plexo)
02. Alcepra + Anfiprepria + aponção campo estéril

Incisão:

Ø

Achados:

01. fx exp de F. do 2º e 3º QDE
02. fratura Corto contuso Circular em 2º QDE.

Conduta:

01. Limpeza exaustiva CI 850.9% (5000ml)
02. desbridamento Cirúrgico
03. Redução

Fechamento:

01. Sutura CI nylon 3.0
02. Curativo.

OBS:

01. Tala luva

Data: 18/10/19

Dr. Luciano Gomes da Piqueira
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 9329

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Nome: WASHIGTON FERREIRA CARNEIRO				Registro: 2019050113	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: 23 / 10 / 2019			Cirurgião: <i>Luís Filipe Lessa</i>		
1º Assistente: <i>Flávio Loyola</i>			2º Assistente:		
Anestesista: MAYRA			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura de falange proximal do 2º 3º qde</i>					<i>S626</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Redução + gesso</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 () Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa – PB

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA



Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Redução de fratura + gesso luva em garrafa

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Dr. Luis Felipe Lessa
Traumatologia / Ortopedia
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM 102.000 TCOF 13023

MÉDICO/CRM

Data: 23 / 10 / 2019

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		WASHINGTON FENELIA CAVALLO		IDENTIFICADOR Nº		2019102138	
IDADE	SEXO	RAÇA	CLÍNICA	ENF	LEITO		
DATA DE ADESSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE ESTADIAÇÃO			
18/10/19		23/10/19					
DIAGNÓSTICO INICIAL						CID	
Fraturas de múltiplos côcces						S626	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO						(Ri 2/3º cox)	
OUTROS DIAGNÓSTICOS							
PRINCIPAIS EXAMES							
PROCEDIMENTO REALIZADO						Fratura sem desno rotacion	
TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA						(Hb coagulada)	
ANATOMIA PATOLÓGICA							
INFECÇÃO F.O.		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL		<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA							
CONDIÇÕES DE ALTA		<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO		<input type="checkbox"/> A PEDIDO	
				<input type="checkbox"/> CURADO		<input type="checkbox"/> ÓBITO	

RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Lata com os pontos + desno	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:		
REPOUSO:	Relativo em casa por 30 dias.	
	Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.	
	Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.	
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lava-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA:		
RETORNO	Ao posto de saúde em 30 dias para retirada de pontos.	
	Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.	

DATA	23/10/19	Dr. Luis Felipe Lessa
		Traumatologia / Ortopedia
		Cirurgia de Mão / Microcirurgia
		MÉDICO / CRM
		Este documento destina-se à comprovação de atendimento
		Para DML INSS EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
		TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





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

Rio de Janeiro, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200080117

Vítima: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01855/01856 - carta_05 - INVALIDEZ

00040928



Carta nº 15569516





PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

PJe
PROCESSO JUDICIAL
ELETRÔNICO

1ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

Processo número - 0801930-36.2020.8.15.2003

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [SEGURO]

AUTOR: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO

Advogado do(a) AUTOR: LUCIANO DA SILVA MENEZES - PB25228

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Analisando-se os autos, observa-se que a parte autora requereu a gratuidade judiciária, entretanto, na inicial, aponta sua profissão como sendo de **porteiro**, sem que se tenha maiores informações de sua situação financeira.

Sendo assim, considerando, também, a natureza da demanda, intime-se a parte autora para, em quinze (15) dias, emendar a inicial, juntando a guia de custas, consoante §3º, do art. 1º, da PORTARIA CONJUNTA - TJPB/CORREGEDORIA-GERAL Nº 02/2018, de 28.11.2018, publicada no DJE de 29.11.2018.

No mesmo prazo acima assinalado, deve a parte autora juntar aos autos documentos que demonstrem a hipossuficiência alegada, a exemplo de contracheque e/ou Declaração de Imposto de Renda, sob pena de indeferimento do pedido.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

Juíza de Direito





1ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA

PROCESSO NÚMERO -

CLASSE:

ASSUNTO(S): [Seguro]

AUTOR: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO

Nome: WASHINGTON FERREIRA CARNEIRO

Endereço: R JOSÉ GOMES DE SOUZA, 92, MANGABEIRA, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58055-420

Advogado do(a) AUTOR: LUCIANO DA SILVA MENEZES - PB25228

REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Da Assembleia, 100, Andar 26, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20011-904

DECISÃO

Compulsando-se os autos, observa-se que a parte promovente requereu a gratuidade judiciária. Afirmou exercer a função de porteiro.

O art. 99, § 3º, do CPC, estabelece a presunção de insuficiência quando alegada apenas em favor de pessoa natural.

Com efeito, tal presunção é aceita quando inexistente prova que afaste a alegação de hipossuficiência financeira.

Assim, **DEFIRO O PEDIDO DE JUSTIÇA GRATUITA.**

Prossiga-se o feito.

O art. 334, do CPC estabelece que, se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação.

Em que pese entendimento anterior, na interpretação do texto legal, deve ser observado que a designação da audiência deve ser reservada para os casos em que haja uma hipótese real de haver êxito, cabendo ao juiz ponderar estas situações e evitar a designação do ato. A formação de uma pauta, ainda que de audiências de conciliação, implica no destacamento de material humano para a preparação do ato e a sua própria execução, o que pode atrasar o curso do processo.

No caso em análise, a realização imediata da audiência de conciliação tem grandes chances de se mostrar inócua.

A experiência prática demonstra que as seguradoras não vêm realizando acordos em



demandas congêneres, até mesmo quando se antecipa a produção da prova pericial, o que torna sem sentido a designação de audiência prévia de conciliação.

Assim, em razão da repetida informação, em audiências designadas em processos similares, de que as seguradoras não realizam mais acordos em audiência, independentemente do resultado da perícia ou de qualquer outro elemento, perdeu o objeto a designação prévia, sem que o processo esteja maduro para julgamento. Desta forma, ante a constatação fática da predisposição em não conciliar por parte das seguradoras, prudente que seja formado o contraditório, em obediência ao princípio da economia processual e, somente então, seja designada audiência, ocasião em que a perícia será realizada previamente, estando o processo apto a ser julgado.

Dessa forma, cite-se a parte promovida para, querendo, apresentar contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, sob as advertências do art. 344, do CPC.

Servirá esse despacho como mandado.

Cumpra-se.

P. I. Cumpra-se.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, lei 11.419/2006]

Juíza de Direito

