

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

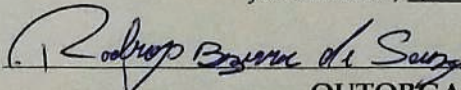
OUTORGANTE: <u>Rodolfo Bezerra de Souza</u>	
NACIONALIDADE: <u>brasileira</u>	ESTADO CIVIL: <u>vigilante</u>
PROFISSÃO: <u>casado</u>	CPF: <u>072.832.734-14</u>
RG: <u>3.588.621</u>	
ENDEREÇO: <u>Rua Antonio Carneiro de Souza, 60 / apt 105, Gramame - João Pessoa / PB.</u>	

OUTORGADO (S): FABIO LOPES E ASSOCIADOS, sociedade de advogados regularmente registrada junto à OAB/PB, Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional Paraíba, sob o n. 769, representada por seus sócios, FÁBIO JOSMAN LOPES CIRILO, advogado, inscrito na OAB/PB sob o n° 18.105/PB, e DANÚBIA DE ARAÚJO FARIAS DE OLIVEIRA LOPES, advogada, inscrita na OAB/PB sob o N° 23.411, ambos com endereço profissional à A. Barão do Triunfo, n° 271, Varadouro, João Pessoa-PB, CEP 58.010-400 (fabiolopesadvocacia@gmail.com)

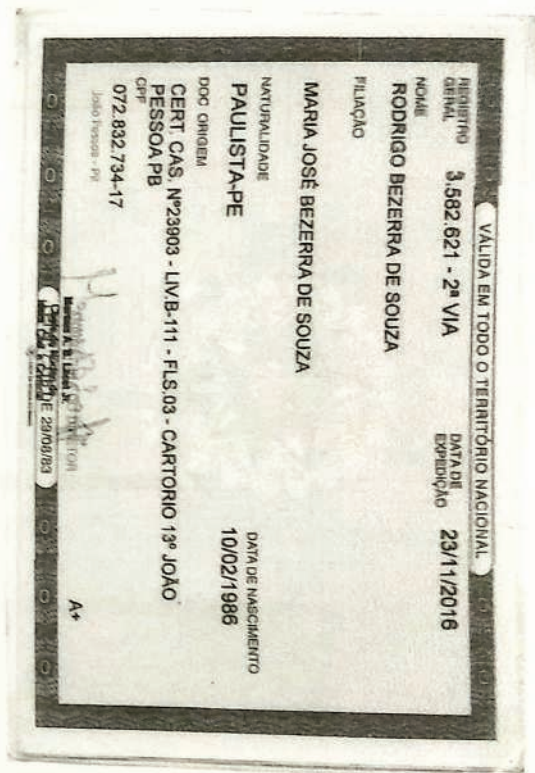
PODERES: O (a) outorgante concede procuração geral para o foro, conforme o artigo 105 do CPC, bem como os poderes da cláusula "ad judicium", para que os outorgados defendam seus interesses, tanto na esfera administrativa, podendo os outorgados representa-lo perante qualquer Órgão, Juízo, Instância, Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, especialmente junto ao INSS, para PEGAR CÓPIAS DE PROCESSOS ADMINISTRATIVOS, HISMED, LAUDOS, EXAMES, ATESTADOS MÉDICOS E TODO E QUALQUER DOCUMENTO QUE ESTEJA EM PODER DA AUTARQUIA PREVIDENCIÁRIA, INCLUSIVE OS SIGILOSOS, podendo também, propor contra quem de direito, ações competente e defender as contrárias, seguindo umas as outras até o final decisão, usando dos recursos legais e acompanhado-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessa, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar, compromisso, **requerer gratuidade judicial e assinar declaração de hipossuficiência econômica**, receber e da quitação, receber alvarás substabelecer, receber intimação e citação, **renunciar aos valores que ultrapassem o delimitador da competência dos JEF's ao tempo do ajuizamento da ação**, praticar quaisquer atos perante a particulares ou empresa privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer direito, sempre no interesse do Outorgante.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: O(a) outorgante declara, nos precisos termos do art. 1º da Lei 7.115 de 1983, para fins de obtenção do benefício da JUSTIÇA GRATUITA, perante esta justiça, que é necessitado(a) na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas processuais e honorários de advogados, sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

João Pessoa, 16 de julho de 2018.


OUTORGANTE





RODRIGO BEZERRA DE SOUZA
RUA ANTONIO CARNEIRO DE PAIVA, 80 / AP 105 - GRAMAME
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG: 1)

Emissao: 29/06/2018 Referencia: Jun / 2018

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO

Roteiro: 18-5-841-1360

Nº medidor: 00008880398

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-890

CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.923-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 003.914.290

Cód. para Tréb. Automático: 00018528273

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

Conta referente a Jun / 2018	Apresentação 29/06/2018	Data prevista da próxima leitura 31/07/2018	CPF/ CNPJ/ RANI 7283273417 Insc. Est.
----------------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------------------------	----------------------------------------------------

UC (Unidade Consumidora): **5/1852827-3**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fornecida pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 30/05/18	Leitura 737	Data 29/06/18	Leitura 800	
				30

Demonstrativo									
CCI	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor	Base Calc.	Alíq.	Imposto (R\$)	Base Calc.	Pis (R\$)
				Triutos Totais (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS	Pis (R\$)	Cofins (R\$)	Cofins (R\$)
							Pis (R\$) (0,9006%) / 4,1434%		
0601	Consumo até 30 kWh-ER	30,000	0,242620	7,28	7,28	25	1,81	7,28	0,08
0601	Consumo - 31 a 100 kWh-ER	59,000	0,415400	22,01	22,01	25	5,50	22,01	0,21
0601	Adic. B. Vermelha			2,94	2,94	25	0,73	2,94	0,02
0610	Subsídio			32,25	32,25	25	8,07	32,25	0,29
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIB SERV. ILLUM. PÚBLICA			1,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0602	CUSTO DE REUSAGAO NORMAL 06/2018			2,24	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 04/2018			0,80	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA 05/2018			0,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 04/2018			1,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 05/2018			1,28	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 04/2018			1,31	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0608	Devolução Subsídio			-22,56	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI	Código de Classificação do Item	TOTAL	50,45	84,45	18,11	84,45	0,69	2,87
-----	---------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh)
92

VENCIMENTO
06/07/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 50,45

Histórico de Consumo (kWh)



Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2018

Carta nº: 13001136

A/C: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

Nº Sinistro: 3180223587
Vitima: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA
Data do Acidente: 16/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000042770-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Scanned by CamScanner





POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO
DA PARAÍBA
COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 MAIO 2018

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00675.01.2018.1.00.420

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00675.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:42 horas do dia 11 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Wagner Gonzaga da Silva Junior**, CPF nº 052.342.114-10, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Operador de Máquina de Produção, filho(a) de Maria Jose Bezerra de Souza e Wagner Gonzaga da Silva, natural de Recife/PE, nascido(a) em 09/11/1983 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antonio Carneiro Paiva, Nº 60, complemento AP. 105 - RES. MAISON 4, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Ponto Final do Parque do Sol, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99198-2308.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. João Maria de Araújo, De Frente Ao Mercadinho, João Pessoa/PB, bairro Valentina/Parque do Sol; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/01/18 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO, LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

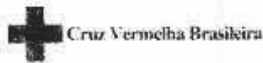
Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI, PRETA, 2011/2011, PLACA PFJ3043/PE, CHASSI 9C2KC1670BR361609, registrada em nome de DIMAS JOSE DE OLIVEIRA onde na garupa estava RODRIGO BEZERRA DE SOUZA (Brasileiro, natural de Paulista/PE, casado, vigilante, nascido aos 10.02.1986, com 32 anos de idade, filho de Maria José Bezerra de Souza e de pai não declarado, residente no mesmo endereço do noticiante, tel. 991982308, CPF. 072.832.734-17), quando perdeu o controle ao desviar de um CICLOMOTOR não identificado vindo a cair ao solo e em decorrência DIMAS JOSE DE OLIVEIRA veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 03.04.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelos BOMBEIROS; Que o noticiante não machucou-se; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

ADENDO(S):

Que na data 02/05/2018, à(s) 12:05 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: Informa o noticiante que a referida MOTO DE PLACA PFJ3043/PB não está registrada em nome de Dimas Jose de Oliveira, como consta acima, e sim no nome de WAGNER GONZAGA DA SILVA JUNIOR.. Adendo registrado por: Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula: 1819003.

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DO RIO GRANDE DO NORTE

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1056126



Identificação do paciente						
ID 1252327	Nome RODRIGO BEZERRA DE SOUZA	Sexo Masculino				
Data de nascimento 10/02/1986	Idade 31 anos 11 meses 6 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe MARIA JOSÉ BEZERRA DE SOUZA	Pai NAO INFORMADO					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 86693101	DDD Fixo 00	Fone Fixo 00000000			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade PAULISTA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58067303	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Antonio Carneiro de Paiva			
Número 60	Complemento	Bairro Gramame				
Admissão						
Data e Hora 16/01/2018 20:45:41	Número da pulseira 100006177859	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RUA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA x mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Paciente internado sob observação com moti, nega dor, queixa de náuseas e vômitos por episódios.</i>						
Diagnóstico	CID					
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO	Tempo 44seg					



16/01/2018 20:4



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: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA CPF da Vítima: 042.832.734-14 Data do Acidente: 16/01/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante Legal: _____
Email: _____ Telefone (DDD): _____

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 do meu documento sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter ao exame médico da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência, caracterização do grau da lesão, ou lesões, para os fins do Seguro DPVAT, da Lei nº 6.194/74.

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 MAR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
25 ABR 2018
Sem Protocolo
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

JOÃO PESSOA de 11 de MARÇO de 2018

Local e Data:

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, WAGNER GONZAGA DA SILVA JUNIOR

RG nº 6588837 data de expedição _____

Orgão SSP/PE portador do CPF nº 052.342.114-10 com
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA no Estado de
PARAIBA onde resido na (Rua/Avenida/Estrada

RUA ANTONIO CARNEIRO PAIVA LOAIS, 138, BRAMANTE nº _____
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima RODRIGO BEZERRA DE SOUZA cujo o condutor era

WAGNER GONZAGA DA SILVA JUNIOR.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: CG 150 FAN EST

Ano: 2011

Placa: PFJ 3043

Chassi: 9C2KC1670 BR361609

Data do Acidente: 16/01/2018

Local e Data: JOÃO PESSOA, 12 DE ABRIL DE 2018



Wagner Gonzaga da Silva Junior
Assinatura do Declarante

Wagner Gonzaga da Silva Junior

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a firma de WAGNER GONZAGA DA SILVA JUNIOR, [109021], J.Pessoa-PB, 11/04/2018 17:21:47
Emol R\$9,48 Farpem:R\$0,28 Fepis:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em
test da verdade. Tabelia CELEIDA DOSIM PEREIRA SILVA.
Selo Digital AGT74495-3T9T Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Rodrigo Bezerra de Souza
DATA DE NASCIMENTO 10/02/86
NOME DA MÃE Marisa José Bezerra de Souza

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 106634
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1056126
DATA DO ATENDIMENTO 16/01/18
HORA DO ATENDIMENTO 20:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de platô tibial esquerdo
CID 10 S82.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dor em perna e joelho esquerdo, dor e limitação funcional. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX joelho E, perna E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

PV: fratura de platô tibial E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo

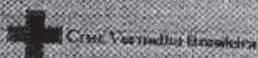
ALTA HOSPITALAR: 11/02/18
DATA DA EMISSÃO: 03/04/18



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Governador Humberto Lucena



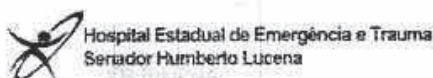
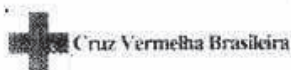
Documento de Alta

Nome: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA		Número Prescrição: 196834	
Data de: 10/02/2018	Sexo: Masculino	Data de Internação: 16/01/2018 22:47:12	Data de Alta: 11/02/2018 12:01:40
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: TRATAMENTO CIRURGICO - FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO - DR ODILON FILHO - 09/02/2018 USAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS AGENDAR RETORNO EM HTOP EM CASO DE INTERCORRENCIAS AGUDAS. RETORNAR A ESTE SERVIÇO			
Resumo da Internação: PACIENTE VITIMA DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO - DR ODILON FILHO - 09/02/2018			
Resultado de Exames: RX FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO -			
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO - FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO - DR ODILON FILHO - 09/02/2018			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: USAR MEDICAÇÕES PRESCRITAS AGENDAR RETORNO EM HTOP EM CASO DE INTERCORRENCIAS AGUDAS. RETORNAR A ESTE SERVIÇO			

Data: 11/02/2018

MATHEUS MARINHO ENCOMENDADO
CRM: 10204 - PB





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente RODRIGO BEZERRA DE SOUZA		BAE 1056126	Data/Hora Entrada 16/01/2018 20:45:41	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1986	Idade 31	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 88693101 / (00) 00000000
Mãe MARIA JOSE BEZERRA DE SOUZA				Prontuário
Endereço Antonio Carneiro de Paiva, 60		Bairro Gramame	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MISAELE EUSTAQUIO MENDES DE LUCENA	Nº Cnrs. Regional 2155/PB	
Data Classificação 31/01/18 20:45:41			Data/Hora Prescrição 16/01/2018 21:00:55	
Nº Matricula		Senha		

anamnese

ACIDENTE VITIMA DE COLISAO MOTO CARRO REFERINDO DOR NA PERNA E JOELHO ESQUERDO. NEGA DOR ABDOMINAL E CEFALIA.

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
	Traumatismo não especificado

anamnese

Observação

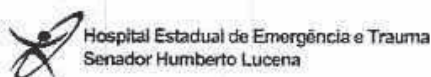
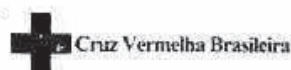
Misael Eustáquio M. Lucena
Cirurgia Geral / Video Laparoscópica
CRM - 2155

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

MISAELE EUSTAQUIO MENDES DE LUCENA
(: 2155/PB)



Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 16/01/2018 20:46:25



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente RODRIGO BEZERRA DE SOUZA	BAE 1056126	Data/Hora Entrada 16/01/2018 20:45:41	Data Baixa
Data de nascimento 10/02/1986	Idade 31	Sexo Masculino	CNS
Mãe MARIA JOSE BEZERRA DE SOUZA			Telefone de Contato (83) 88693101 / (00) 00000000
Endereço Antonio Carneiro de Paiva, 60	Bairro Gramame	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 5/01/2018 20:45:41		Data/Hora Prescrição 16/01/2018 22:16:17	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

Ortopedia

Paciente vítima de acidente de trânsito hoje. Queixando-se de dor em joelho esquerdo

EF: Dor e limitação de MIE. Escoriações superficiais em joelho.

RX: Fratura de platô tibial

CD: Internação hospitalar

Staff: Dr. Kartney

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico
CRM-PB 10575

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V., 1X AO DIA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., 24H, 0,0 (MGTSM)

ENOXAPARINA SODICA 40 MG/0,4ML SERINGA PREENCHIDA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA S.C., 1X AO DIA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: LENTO, SN)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

SORO ANTIFETÉRICO S.00001 (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM)



CUIDADOS

CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COM RECONSTRUÇÃO 3D!)

PROCEDIMENTO

JOELHO TALIA

CID10

Código	Descrição
S82.1	Fratura da extremidade proximal da tibia

Conduta

Internar Paciente

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico
CRM-PB 10575



 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HECTSAH	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Rodrigue Bezerra de Souza	6 - N° DO PRONTUÁRIO 1056126
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO 30/02/1986
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
11 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)	12 - TELEFONE DE CONTATO (N° DO TELEFONE)
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - CDD. IBGE - MUNICÍPIO
15 - UF	16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	19 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	21 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL	23 - CID 10 PRINCIPAL
24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	27 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE	
<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III	
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	30 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
31 - QTD.	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
34 - QTD.	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
37 - QTD.	

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

OX 4,5 Koupago. 1
 Rá paupuro 4,5. 1.
 Placa em 1,5/2 diutor
 Placa em T. 4 fusos.
 Paupuro calibais: 32 L; 361; 461
 Paupuro esponjoso 6,5 - 65 placa 161

Paupuro esponjoso 6,5
 placa 32 1

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	40 - DATA DA SOLICITAÇÃO
41 - DOCUMENTO (CNS / CPF)	42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	45 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR
46 - DOCUMENTO (CNS / CPF)	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
 AUTORIZAÇÃO
 15 MAR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





RELATÓRIO DE CIRURGIA

REETSBL

Nome: Rodrigo Benício BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 09/02/18
Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Tratamento de Fratura de Placa Tibial E
Cirurgião: Dr. Odilon Filho 1º Assistente: Dr. Milton Simões
2º Assistente: Dr. Victor MRL 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
- Fratura de Placa Tibial Espontânea	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
- Tratamento cirúrgico de Fratura de Placa Tibial Espontânea	

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 09/02/18



F(NG).ASC(1R) 000.1





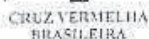
Nota de Sala Cirúrgica



Nome do Paciente: **Rodrigo Bezerra de Souza**
Idade: **31** BE **1056126** CONTUÁRIO ENFERMARIA **13** LEITO **04**
Liquor: **Trat Cirúrgico Fratura do Platô Tibial**
Cirurgião: **Dr. Odilân** FAUX: **Dr. Victor**
Anestesia: **Uraque**
Anestesiologista: **Dr. Fabiano**
Instrumentador: **Dr. Roxane**
Data: **09/02/18** TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: **11:00** CIRURGIA INÍCIO: **13:20**
MORCE DE BUSCO DE (TRUÇA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTE)
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()
GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD	MATERIAIS CONT.	QTD	FIOS	QTD
INTENSIFICA		JELCO Nº18		FIO CAT. GLT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT. GLT. CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
ETILAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
PROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
LIDOCATO		LÂMINA BISTURI Nº11		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº15		FIO DE NYLON Nº	
INTENSIFICA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LEVODOPACINA O VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAPACINA S/VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAPACINA S/VASO		LUVA ESTÉRIL Nº2		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAPACINA S/VASO		LUVA ESTÉRIL Nº3		FIO POLIGLACTONE Nº	
LIDOCAPACINA S/VASO		LUVA ESTÉRIL Nº6		FIO SEDA Nº	
LIDOCAPACINA S/VASO		LUVA ESTÉRIL Nº8		FIO SEDA Nº	
ADRENALINA		MÁSCARA CIRÚRGICA		FIO SEDA Nº	
ADRENALINA		MULTIVIAS		MATERIAL ESPECIAL	
ADRENALINA		PERFURADOR DE SORO		CATETER DE PIC	
ADRENALINA		SCALP Nº19		COMENTO CIRÚRGICO	
ADRENALINA		SCALP Nº21		CLIP TITÂNIO LIGADURA	
ADRENALINA		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ADRENALINA		SERINGA 5ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ADRENALINA		SERINGA 10ML		FIO STEDMAN Nº	
ADRENALINA		SERINGA 20ML		FIO STEDMAN Nº	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8		GRANPEADOR CIRÚRGICO	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10		HEMOST. ABSORVÍVEL	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12		KIT. DRYVA. VENTRICULAR	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14		PRÓTESE VASCULAR	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº18		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº20		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº22		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº24		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº26		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº28		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº30		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº32		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº34		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº36		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº38		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº40		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº42		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº44		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº46		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº48		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº50		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº52		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº54		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº56		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº58		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº60		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº62		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº64		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº66		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº68		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº70		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº72		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº74		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº76		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº78		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº80		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº82		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº84		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº86		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº88		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº90		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº92		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº94		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº96		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº98		KIT. PAM	
ADRENALINA		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº100		KIT. PAM	

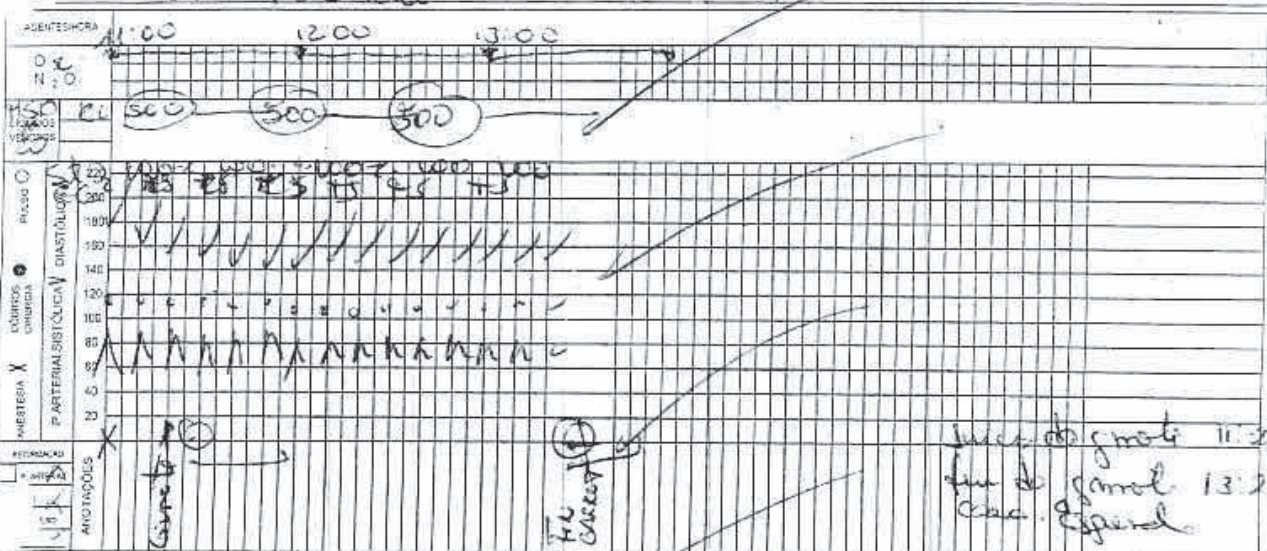
Ex da Kumpers 4,5
Ex de perapuros 4,5



HEESEN

PRONTUÁRIO: 1056126

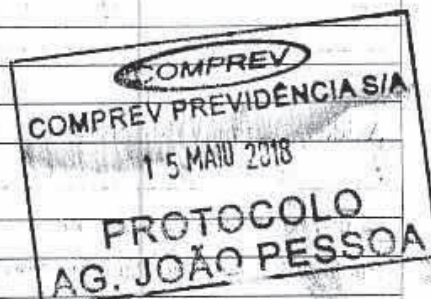
PACIENTE: <u>Rodrigo Bezerra de Souza</u>		SEXO: <u>M</u>	COR: <u>P</u>	IDADE: <u>39</u>
PRESSÃO ARTERIAL <u>120/80</u>	PULSO <u>140</u>	RESPIRAÇÃO <u>Eupneica</u>	TEMPERATURA <u>37,2</u>	GRUPO SANGÜÍNEO <u>O+</u>
ESTADO GERAL () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO			RISCO CIRÚRGICO () BOM (X) REGULAR () MAU () PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES <u>VUP</u>				
AP. RESPIRATÓRIO <u>Eupneica</u>		AP. CIRCULATÓRIO <u>HAS - Tugueiro</u>		
AP. DIGESTIVO <u>Tijum</u>	ESTADO MENTAL <u>2. O.T.G.</u>		DROGAS EM USO <u></u>	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA <u></u>		ESTADO FÍSICO (ASA) <u>II</u>		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura de plavella tibial (E)</u>				
CIRURGIA REALIZADA <u>Tratamento Cirurgico Fratura de plavella tib</u>				
CIRURGIÃO <u>Dr Odilon</u>	AUXILIARES <u></u>		(E)	
INÍCIO DA ANESTESIA <u>11:00</u>	TÉRMINO DA ANESTESIA <u>13:30</u>		DURAÇÃO DA ANESTESIA <u>2h 30m</u>	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <u></u>	QUANT. DE CH. <u>15,25</u>		VALORES RS <u></u>	
ANESTESISTA <u>Dra Fabiana</u>		CPF <u></u>		CRM-PB <u></u>



<input checked="" type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input checked="" type="checkbox"/> BRAQUIBLANDA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS: _____	
TÉCNICA <i>Região anestesia lombar + subaracnóide</i>	
LÍQUIDOS	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS
DOSE	
1	2
3	4
5	6
7	8
9	10
11	12
13	14
15	16
17	18
19	20
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	
<i>Após monitorizado, CP em RSO pressão idk, Regia, sentida náusea e vômitos após dose 20, punção com glicose 50% mas com as 12 glic. Quente, medicação 100 (H) alto, de anestesia, se repet. (1) + (2) Anest. Sentada 16</i>	
ASSINATURA DO ANESTESISTA	
P. INGLASCI 026	

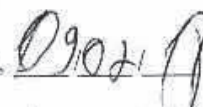


DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<p>Posição e Preparo:</p> <p>1) DDPH do Roraima nesto.</p> <p>2) Asepsia, antiseptia, CCE</p>
<p>Incisão:</p> <p>3) Dupla Via de Acesso a Tíbia Proximol.</p> <p>4) Anterolateral e Medial esquerda</p> <p>5) Direção por Placa</p> <p>6) Hemostasia</p>
<p>Achados:</p> <p>7) Fratura de Placa Tibial esquerda</p>
<p>Conduta:</p> <p>8) Redução Quanta</p> <p>9) de Vitrificação Placa</p> <p>10) Fixação interna com</p> <p>Proteção de Tíbia inferior</p> <p>de anterior para Anterior superior</p> <p>com Anel N° 65</p> <p>4 Placa em lateral +</p> <p>Placa em Medial +</p> <p>Proteção cartilaginosa + esponja</p>
<p>Fechamento:</p> <p>11) Sutura por Placa</p> <p>12) Curativo Estéril</p>
<p>Observação:</p>



Médico/CRM:

João Pessoa,



F(NG).ASCIR.009-1



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME 3.582.621 - 2 VIA 23/09/2008

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

RELACÃO

MARIA JOSÉ BEZERRA DE SOUZA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

PAULISTA-PE 10/02/1986

NASC.N.56130 FLS.95 LIV.A88

CARTORIO RECIFE-PE

072.832.734-17

ASSINATURA DO DIRETOR

CEI N° 7.118 DE 25/08/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DA PARAIBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

COMPREV

COMPREV PREVIDENCIA S/A

15 MAIO 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 013813569968

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM PRT 20180000157754-2 EXERCÍCIO

1 0029701741-1 00/00000000 2018

WAGNER GONZAGA DA SILVA JUNIOR

05234211410

PF03043/EE

PFJ3043 PE

9C2KCI670BR261609

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 FAN EST

2011

2011

2 P/149 /CI

PARTIC

PRETA

IPVA PAGO EM 20/04/2018

1º

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/OTAS

0

2º

3º

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IDF (R\$)

SEGURO

PREMIO TOTAL (R\$)

P A G O

DATA DE PAGAMENTO

20/04/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOAO PESSOA-PE

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 MAR 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



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: 012.832.734-17 CPF da Vítima: 012.832.734-17 Nome completo da vítima: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>RODRIGO BEZERRA DE SOUZA</u>	CPF titular da conta <u>012.832.734-17</u>	Profissão <u>VIGILANTE</u>
Endereço <u>RUA ANTONIO CARNEIRO PAIVA</u>	Número <u>60</u>	Complemento <u>AP 105</u>
Bairro <u>GRAMAMA</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>
Email	CEP <u>58000-000</u>	Telefone (DDD) <u>(83)-99198-2308</u>

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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATE R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATE R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (301) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)

BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA: 1033 D/V: 0 CONTA: 42770 D/V: 0

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

COMPREV
15 MAIO 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

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

JOÃO PESSOA, 11 de MARÇO de 2018

Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017





DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Bolinho para simplificar pagamento da conta de consumo de energia elétrica Nº 005 516 519



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 205, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 51071-000
CNPJ 08.085.181/0001-40 - Ins. Est. 15.015.623-0

DADOS DO CLIENTE

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA
RUA ANTONIO CARNEIRO DE PAIVA 60 AP 105
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1852827-3

REFERÊNCIA

ABR/2018

APRESENTAÇÃO

30/04/2018

CONSUMO

103

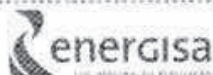
VENCIMENTO

08/05/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 80,50

Acesse: www.energisa.com.br



ESTAGIÁRIO

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

Roteiro: 18-005-641-1360

83610000000-6 80500149000-4 18528272018-3 04500005019-0

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
08/05/2018	R\$ 80,50	1852827-2018-04-5



AV. PRESIDENTE TANCREDO DE ALBUQUERQUE, 1155
SANTO ADEMAR DO ESTADO
51030-011 - JOAO PESSOA - PB
CNPJ: 06.844.084-90
E: 3314711-0

LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS
AV. NEGÓ, 00720 TAMBAU
JOÃO PESSOA - PB
CPF/CNPJ: 015.948.514-13

Emissão: 24/02/2017 Mês: Fevereiro/2017 Vencimento: 15/03/2017
Número: 0000068362 E: ISENTO Código: 907/011212951
CFOP 5.307 - Prestação de serviço de comunicação a não-contribuinte.

Discriminação do Serviço

BANCA LARGA
10/02/17 A 28/02/17 - Mens PROPRIOCIONAL VITUA VITUA 35M INDIVIDUAL RDEIDADE
01/02/17 A 30/02/17 - Mens PROPRIOCIONAL VITUA VITUA 35M INDIVIDUAL RDEIDADE
SUB TOTAL: BANCA LARGA

COFINS	Base de Cálculo	120,62	Alíquota	3,00%	Valor	3,62
ICMS	Base de Cálculo	120,62	Alíquota	30,00%	Valor	36,19
PIS	Base de Cálculo	120,62	Alíquota	0,65%	Valor	0,78

ICMS	PIS	COFINS
28,45	0,57	2,84
9,74	0,21	0,97
		88,15
		32,47
		120,62
VALOR DA NOTA FISCAL		120,62

Reservado ao Fisco
342F83A202B 122E 143D 391A A71B 1978

- O contribuinte é Isento de PIS e COFINS e 0% sobre o valor das prestações de telecomunicações. Microempresas e MEs: Base de cálculo do ICMS reduzida conforme art. 32, inciso XI do Decreto Estadual nº 18.438 de 14.06.97/Decreto de Rendimento ANATEL 1921/Lei 12.741/12. ICMS TOTAL: 36,12 - PIS: 0,78 - COFINS: 2,84 - ICMS TOTAL: 101



Cadastre-se agora para receber sua fatura por e-mail com mais antecedência e comodidade. Você poderá acessá-la quando e onde quiser, do notebook, celular ou tablet. Acesse net.com.br/faturadigital e solicite.



CTC RECIFE PE PL12
LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS
AV. NEGÓ, 720
TAMBAU
58039-101 JOAO PESSOA - PB



907/011212951
Data de Postagem: 06/03/17
Vencimento: 15/03/2017



DEVOÇÃO ELETRÔNICA - CEDO
CAIXA POSTAL 42.301
SÃO PAULO - SP
CEP 04218-970



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 COAF**².

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 LEONARDO DANTAS Y. DOS SANTOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 015.946.514 / 18 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RODRIGO BEZERRA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.832.734 / 17, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da vítima RODRIGO BEZERRA DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 042.832.734 / 17 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os comprovatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, o 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.

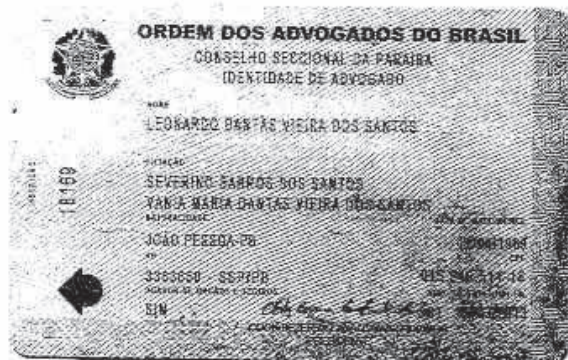
Endereço <u>AV NÉGO</u>		Número <u>720</u>	Complemento
Bairro <u>TAMBAU</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58039-101</u>
Email <u>ADVLEODANTAS@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(83) 99123-6607</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 2526-0695</u>

JOÃO PESSOA, 15 de MAIO de 2018
Local e Data

Leonardo Dantas
Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO

Profissão: VIGILANTE

Identidade: 3.528.621 CPF: 072.932.734-17

Endereço: RUA ANTONIO CARNEIRO PAIVA, 60, AP 108, GRAMAME; JOÃO PESSOA - PB

OUTORGADOS: LEONARDO DANTAS VIEIRA DOS SANTOS, inscrito na OAB/PB, sob o número 18.169; GABRIELE MOREIRA LIMA OLIVEIRA, inscrita na OAB/PB, sob o número 24.100, com escritório profissional situado na Avenida Negro, 720, Tambau, CEP: 58035-100, João Pessoa - PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários, junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de obter a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT.

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA



JOÃO PESSOA, 11 MARÇO DE 2018
Local e data

Rodrigo Bezerra de Souza

Assinatura do Outorgante



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Por Autenticidade a firma de RODRIGO BEZERRA DE SOUZA, [48138], J.Pessoa-PB, 11/04/2018 17:15:47 Emol R\$9,48 Farpem: R\$0,28 Fepi: R\$1,90, ISS: R\$0,47. Em test da verdade, Tabela CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA. Selo

74493-6ZJD Consulte em

digital.tjpb.jus.br



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

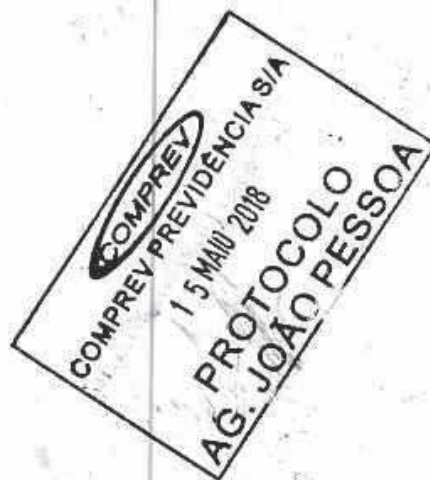
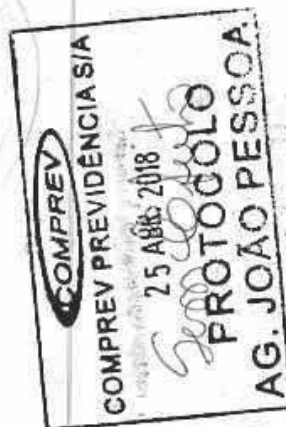


**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 02 de maio de 2018.

Fabiana de Lima Bezerra
FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

Wagner Gonzaga da S. Junior
WAGNER GONZAGA DA SILVA JUNIOR
Noticiante



Procedimento Policial: 00675.01.2018.1.00.420

2/2





PODER JUDICIÁRIO
JUSTIÇA FEDERAL DE PRIMEIRA INSTÂNCIA
Seção Judiciária da Paraíba
13ª Vara

CLÍNICA DE ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
DR. GUSTAVO FARIAS MENDONÇA
AV. CAMILO DE HOLANDA, 814, CENTRO- JOÃO PESSOA.
AV. BEIRA RIO N. ° 204 TORRE - FONE: 32213045 - JOÃO PESSOA - PB

LAUDO DE EXAME MÉDICO PERICIAL

PROCESSO: 0510109-48.2018.4.05.8200S

AUTOR: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

RÉU: INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL – INSS

ESPECIALIDADE PERÍCIA: TRAUMATO ORTOPEDIA/MEDICINA DO TRABALHO

Anamnese:

Realizamos exame médico pericial na pessoa do (a) Sr. (a) **RODRIGO BEZERRA DE SOUZA**, brasileiro(a), nascido(a) em 10/02/1986, 32 anos de idade, residente à Rua Antônio Carneiro de Paiva, 60, Apto. 105, Gramame – João Pessoa/PB. Compareceu no dia 30/08/2018 em nosso consultório sito à Av. Camilo de Holanda, 814, Centro, João Pessoa.

- a) Última Profissão: Vigilante, afastando-se desta função em 16/01/2018 (data do acidente).
- b) Profissão anterior: Auxiliar de Produção
- c) Benefício Previdenciário: (x) sim () não

Queixa Principal: Dor e limitação em joelho esquerdo.

História da doença atual:

Periciando com história de acidente motociclístico em 16/01/2018, sendo socorrido pelo Corpo de Bombeiros e encaminhado para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado com fratura do platô tibial esquerdo. Submetido a tratamento cirúrgico pelo Dr. Odilon Almeida Filho no dia 09/02/2018. Afirma ter realizado tratamento fisioterápico. Faz uso de medicação (Dipirona) para alívio do quadro álgico. No momento, queixa-se de dor e limitação em membro acometido.



Apresentou Laudos e/ou Exames complementares.

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA
CABELO VERDE

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: Rodrigo Bezerra de Sousa
DATA DE NASCIMENTO: 10/02/95
NOME DA MÃE: Maria José Bezerra de Sousa

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º: 106634
BOLETIM DE ENTRADA N.º: 1066125
DATA DO ATENDIMENTO: 15/04/19
HORA DO ATENDIMENTO: 20:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO: Acidente de trânsito

DIAGNÓSTICO (S): Fratura de platô tibial esquerdo
CID-10: S82.1

AValiação Inicial:

Paciente do(a) Unidade de Pronto Atendimento, vítima de acidente de trânsito, com queixa de dor em pé e joelho esquerdo, dor e limitação funcional. Avaliado pelo Traumatologista e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS: RX, joelho E, patela E.
RESULTADOS DOS EXAMES: Fratura do platô tibial E.

TRATAMENTO: Tratamento cirúrgico de fixação de platô tibial esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 11/05/19
DATA DA EMISSÃO: 03/04/19

Dr. João Pessoa Almeida Araujo
CRM: 312398

ATENÇÃO: Este documento constitui um documento de caráter informativo, não sendo válido para fins de comprovação de atendimento, sendo necessário a apresentação de outros documentos.

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a pedido do(a) Sr(a) Rodrigo Bezerra de Sousa portador(a) da identidade RG 10.663.4 que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 20:45 horas, portador(a) da patologia CID-10 S82.1, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 dias, a partir desta data.

João Pessoa, 08/05/19

Assinatura e Carimbo do(a) Dr. João Pessoa Almeida Araujo
Oncologista, Traumatologista
Cirurgião do Joelho
CRM: 312398

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr. (a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE 2ª VIA - ANEXO AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



Exame físico

Ao exame o periciando apresenta bom estado geral, normocorado, eupneico, anictérico, acianótico, hidratado, colaborativo, consciente e orientado no tempo e espaço, deambulando sem o auxílio de bengala, muletas ou andador.

Exame do joelho esquerdo

Inspeção estática:

Presença de cicatriz cirúrgica em face medial e lateral do joelho, sem edema, tumores, deformidades ou desvios angulares.

Inspeção dinâmica:

Deambulando sem auxílio de muletas ou andador, apresentando claudicação.

Mobilidade:

Discreta limitação da mobilidade do joelho esquerdo, sem presença de crepitação ou bloqueio articular.

Palpação:

Dor à palpação de todo joelho, sem pontos específicos.

Testes específicos:

Teste da compressão patelar negativo (Consiste em realizar compressão sobre a patela com joelho em extensão (0°) e numa flexão de 25-30°).

Teste de McMurray negativo (descrito para a identificação das lesões dos cornos posteriores dos meniscos);

Teste de Appley negativo (avaliação de lesões no menisco);

Teste de Steinmann negativo (avaliação de lesões no menisco);

Sinal de Smillie negativo (avaliação de lesões do menisco)

Teste de Lachman negativo (avaliação de lesões do ligamento cruzado anterior);

Teste da Gaveta Anterior negativo (avaliação de lesões do ligamento cruzado anterior);

Teste da Gaveta Posterior negativo (avaliação de lesões do ligamento cruzado posterior);

Teste de Abdução (Valgo) negativo (avaliação de lesões do ligamento colateral medial);

Teste de adução (Varo) negativo (avaliação de lesões do ligamento colateral lateral).

3-Conclusão da Perícia Médica: (resposta aos quesitos formulados pelo Juízo)

QUESITOS DO JUIZ:



ASPECTOS GERAIS DO PERICIADO

I.1) O(a) autor(a) sofreu algum trauma com seqüelas ou é portador de alguma doença crônica ou deficiência física ou mental?

SIM (x) NÃO ()

R. Fratura da extremidade proximal da tíbia.

I.2) Qual o diagnóstico das seqüelas do trauma, doença ou da deficiência física ou mental, e o grau de acometimento?

R. Fratura da extremidade proximal da tíbia, de CID-10 S 82.1, de grau moderado.

I.3) A doença, trauma ou deficiência se enquadra entre aquelas disciplinadas no Dec. 3.048/99? Qual ?

R. Não se enquadra em nenhuma patologia do Decreto.

QUANTO À EXISTÊNCIA DE ENFERMIDADE INCAPACITANTE

III.1) A(s) seqüela(s) do trauma, doença ou deficiência física ou mental de que o periciado é portador, causam:

A. () Incapacitação total (incapacitado para toda e qualquer atividade laborativa sem possibilidade de reabilitação social);

B. () Incapacitação parcial (incapacitado temporária ou definitivamente para o exercício de sua atividade habitual);

C. (x) Limitação (pode exercer o trabalho habitual com algumas limitações);

D. () Não influi no exercício de sua atividade habitual.

QUANTO À CAPACIDADE LABORAL DO PERICIADO (somente responder em caso de reconhecimento de limitação – marcada a opção C, item III.1)

III.2) Considerando a existência de limitação ou redução de capacidade laboral no periciado para o exercício de sua atividade habitual, há condições de ser mensurado grau de limitação laboral para o exercício da mesma em um percentual de 10% a 90% ?

A () NÃO

B () SIM, leve (10% a 30%)

C (x) SIM, moderada (acima de 30 % a 70%)

D () SIM, acentuada (acima de 70% a 90%)

III.3) A continuidade do trabalho/atividade exercido pelo periciado implica risco de agravamento do seu estado de saúde? Justifique, discorrendo sobre as complicações atuais provocadas pela doença ou trauma e o seu respectivo prognóstico.

R. A referida patologia ocasiona moderada limitação da mobilidade funcional e articular, evidenciada ao exame físico atual, que reduz a capacidade laboral do periciando em 40% do ponto de vista ortopédico.

QUANTO À DURAÇÃO DA INCAPACIDADE OU LIMITAÇÃO LABORAL (NÃO responder aos quesitos III.4 a III.9 em caso de haver capacidade total ou limitação laboral leve. Responder só se houver incapacidade ou limitação laboral moderada ou acentuada)

III.4) Havendo incapacidade (total ou parcial) ou limitação laboral (moderada ou grave), ela tem natureza temporária ou permanente ?

() Temporária.

(x) Permanente.



R. Trata-se de limitação funcional com redução de sua capacidade laboral em 40% de forma permanente, conforme descrito em item III.3.

III.5) Caso exista apenas incapacidade ou limitação temporária, é possível se fazer uma estimativa de tempo para recuperação do(a) autor(a) para o desempenho de seu trabalho?

SIM () NÃO ()

Em caso positivo, em quanto tempo e em que condições se daria essa recuperação?

R. Não se aplica.

III.6) A incapacidade (temporária ou permanente) ou a limitação (moderada ou acentuada) decorreu de progressão ou agravamento de doença ou lesão da qual o(a) autor(a) já era portador(a) ?

SIM (x) NÃO ()

Justificativa: Agravamento do quadro algico.

III.7) Qual a data provável do início da incapacidade ou da limitação funcional (moderada ou acentuada) ?

Justificativa: Desde 16/01/2018, conforme laudo médico em anexo.

III.8) A incapacidade ou limitação (moderada ou grave) já cessou? Em caso positivo, qual a data provável da cessação?

R. No momento, o periciando apresenta limitação funcional moderada com redução de sua capacidade laboral em 40% de forma permanente, conforme descrito em item III.3.

III.9) O tratamento para a doença, deficiência física ou mental, anomalia ou lesão de que é portador o periciado ocasiona algum efeito colateral que implique em incapacitação ou limitação para o exercício de sua atividade laboral ?

SIM () NÃO (x)

Em caso positivo, qual o efeito colateral?

R. Já realizou os tratamentos necessários.

QUANTO AO COTIDIANO DO PERICIADO

III.10) A doença, deficiência física ou mental, anomalia ou lesão de que é portador(a) o(a) autor(a) torna-o incapaz para o desempenho das atividades da vida diária, necessitando, para tanto, de auxílio permanente de outra pessoa ?

SIM () NÃO (x)

Justificativa: Realizou sozinho, tudo o que lhe foi solicitado.

CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS:

R. Em nossa avaliação, baseado na história clínica e exame físico minucioso do periciando, concluo que o mesmo apresenta limitação funcional moderada, reduzindo sua capacidade laboral em 40%, não o impedindo de realizar suas atividades laborativas, do ponto de vista ortopédico.

QUESITOS DO AUTOR: (responder, se houver)

QUESITOS DO RÉU: (responder, se houver)

Data da perícia: 30/08/2018



Gustavo Farias Mendonça

Dr. Gustavo Farias Mendonça
Médico Ortopedista
CRM/PB 6786



Em resposta à complementação do laudo pericial do processo de nº 0510109-48.2018.4.05.8200, RODRIGO BEZERRA DE SOUZA, de ordem verbal do MM. Juiz Federal da 13ª Vara Federal/SJPB

I. Chamo o feito à ordem, convertendo-o em diligência.

II. Intime-se o perito judicial para complementar o laudo médico com os quesitos específicos sobre a limitação e o impacto na capacidade laboral da parte autora, formulados abaixo:

1. A parte autora possui sequelas, limitações, déficits ou debilidades de natureza permanente? Quais?

R. Sim, sequelas de fratura do platô tibial esquerdo.

2. Essas sequelas, limitações, déficits ou debilidades de natureza permanente atualmente apresentadas pela parte autora decorreram de lesões já consolidadas? Essas lesões foram provocadas por algum acidente (de qualquer natureza)?

R. Trata-se de lesão consolidada decorrente de acidente de moto.

3. Quando (dia, mês e ano) ocorreu a consolidação das lesões que provocaram as sequelas, limitações, déficits ou debilidades de natureza permanente apresentadas pela parte autora? Que elementos embasam a data apontada?

R. Tais lesões necessitam de um tempo médio de 120 dias para consolidação das lesões e reabilitação profissional.

4. Qual atividade profissional a parte autora exercia quando sofreu o acidente que provocou as referidas lesões?

R. Vigilante.

5. As sequelas, limitações, déficits ou debilidades atualmente apresentadas pela parte autora implicam redução da sua capacidade para o exercício da mencionada atividade profissional ou demandam maior esforço para o seu desempenho? Em que grau (de acordo com a tabela abaixo)?

R. Não, classe 5.



%	Classe	Caracterização
0 – 5	1	A seqüela é totalmente compatível com a atividade laborativa anteriormente desempenhada, não interferindo em nenhuma atividade relacionada ou não à profissão específica
6 – 15	2	A vítima pode continuar exercendo sua atividade profissional, mas necessita de um esforço acrescido. Entretanto, este esforço acrescido não repercute diretamente nas atividades fundamentais requeridas para aquele trabalho. Não há interferência na capacidade de produção nem de ganho. Exemplo: dificuldade de locomoção para uma profissão que exige permanência sentada
16 – 25	3	A vítima pode continuar exercendo sua atividade profissional, mas necessita de um esforço acrescido. A seqüela afeta a função inerente ao desempenho do posto de trabalho, sem necessidade de ajuda técnica, não interferindo na capacidade de produção e ganho
26 – 35	4	Não há necessidade de reabilitação, mas exige-se ajuda técnica, como o ajuste de uma máquina ou adequação do ambiente de trabalho para que seja possível a manutenção da capacidade de produção e ganho
36 – 50	5	É necessária reabilitação profissional, e suas possibilidades técnico-profissionais não interferem na capacidade de produção de ganho
51 – 60	6	Sequelados que precisam de reabilitação, e têm reduzida sua capacidade de produção, necessitando uma ajuda técnica, apesar de se manterem no mesmo nível técnico-profissional
61 – 70	7	Seqüelas que permitem a reabilitação do trabalhador, mas em um nível técnico-profissional inferior ao da época do acidente, mantendo capacidade de produção plausível para a sua reabilitação
71 – 80	8	Sequelados que, apesar de reabilitados em nível técnico-profissional inferior ao da época do acidente, tem redução da capacidade de produção
80 – 100	9	Insusceptível de reabilitação

Certo de que a solicitação foi atendida, reitero meus votos de estima e consideração



Dr. Gustavo Farias Mendonça
Médico Ortopedista
CRM/PB 6786



EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO
DA ____ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA/PB.

RODRIGO BEZERRA DE SOUZA, devidamente qualificado nos autos da ação em epígrafe, vem, por intermédio de seus advogados, a presença de Vossa Excelência, com acato e estilo, **APRESENTAR QUESITOS** a serem respondidos pela Sr. PERITO.

Rol de Quesitos:

1. Como foi o acidente sofrido pela parte autora?
2. Quais foram as regiões do corpo atingidas?
3. Quais são as patologias apresentadas pelo (a) autor(a) após o acidente sofrido?
4. Devido ao acidente a parte autora sofreu danos/sequelas corporais parciais ou totais, afetou a função do membro?
5. Quais foram as perdas que a parte autora apresenta após o acidente? Detalhe de acordo com a tabela.
6. Além de encontrar-se incapacitado(a) para as atividades laborais a parte autora enfrenta limitações para AVDS (Atividades da Vida Diária), como: **pentear o cabelo, escovar os dentes, segurar um copo, lavar pratos ou realizar qualquer outra atividade que demande um mínimo de força**)?
7. As moléstias citadas na exordial após o acidente são curáveis?
8. A parte autora necessita de ajuda de terceiros para realização das atividades de vida cotidiana?
9. Defina em porcentagem a limitação da parte autora.



ANEXO

Danos Corporais Totais	Percentual da Perda
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da Mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

REQUER desde logo, que seja deferido todos os quesitos acima mencionados, para melhor elucidação dos fatos, como ainda, pela formulação de quesitos complementares e esclarecimento do Sr. Perito, se for o caso, em audiência, por ser medida de JUSTIÇA.

Termos em que
pede deferimento.

João Pessoa/PB, 10 de maio de 2019.

Antonio Duarte Vasconcelos Júnior
Advogado – OAB/PB nº 15.130

Johnson Charles Alves
Bacharel





Poder Judiciário da Paraíba

1ª Vara Regional de Mangabeira

R HILTON SOUTO MAIOR, S/N, - de 5/6 a 5/6, MANGABEIRA, JOÃO PESSOA - PB - CEP:
58055-018

Número do Processo: 0808564-82.2019.8.15.2003

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

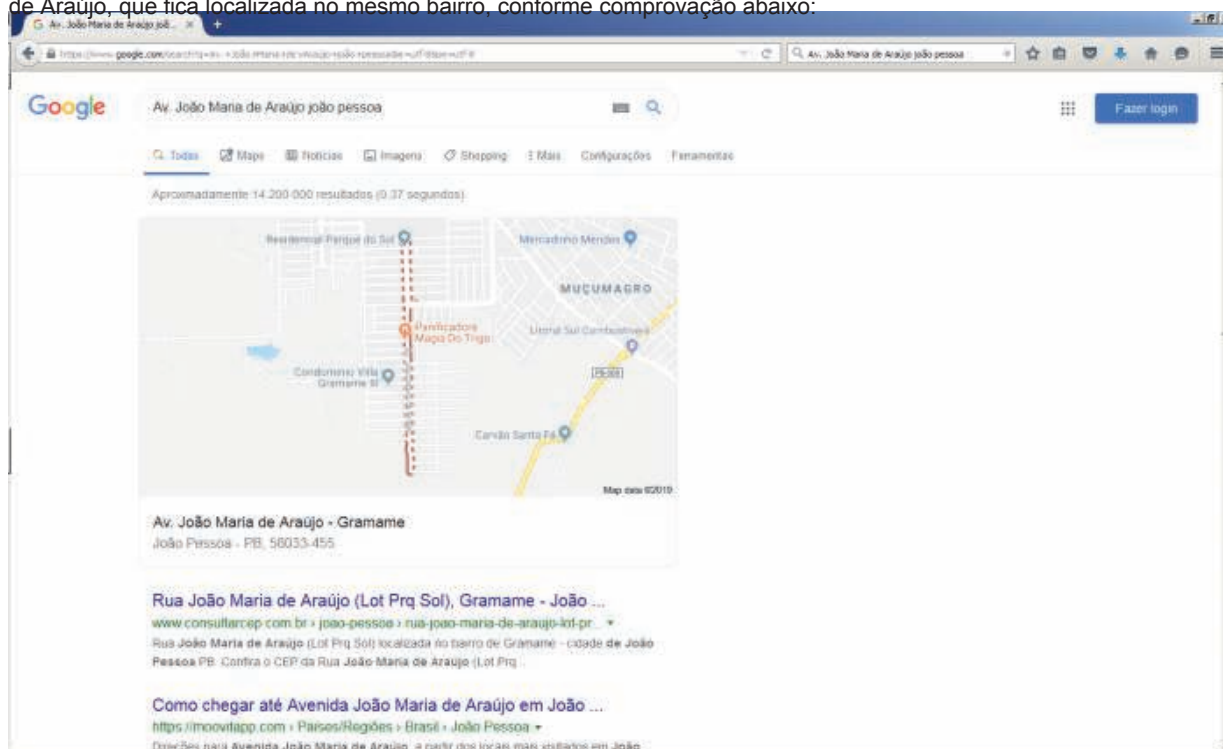
Assunto: [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

Polo ativo: AUTOR: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

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

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que a parte autora juntou comprovante de residência informando o domicílio como Gramame (Id 24753025). Certifico, ainda, que a certidão de ocorrência (Id 24753030) indica como local do acidente, a Av. João Maria de Araújo, que fica localizada no mesmo bairro, conforme comprovação abaixo:



Em sendo assim, faço conclusos os presentes autos para a devida deliberação.

JOÃO PESSOA, 26 de setembro de 2019

WALFREDO RODRIGUEZ NETO



Assinado eletronicamente por: WALFREDO RODRIGUEZ NETO - 26/09/2019 14:32:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092614323924500000023982424>

Número do documento: 19092614323924500000023982424

Num. 24781112 - Pág. 1

**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
COMARCA DE JOÃO PESSOA
1ª VARA REGIONAL DE MANGABEIRA**

Processo número - 0808564-82.2019.8.15.2003

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ASSUNTO(S): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: RODRIGO BEZERRA DE SOUZA

Advogado do(a) AUTOR: ANTONIO DUARTE VASCONCELOS JUNIOR - PB15130

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

DECISÃO

A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça (STJ) considera que o autor de ação para receber o seguro DPVAT pode escolher entre qualquer dos foros possíveis para ajuizamento de ação decorrente de acidente de veículo: o do local do acidente, de seu domicílio ou ainda do domicílio do réu.

Uma vez que, tanto o domicílio do autor, quanto o endereço do local do acidente, pertencem ao bairro de Gramame (certidão escrivania ID 24781112), e o réu em outro Estado da Federação, não tem este Juízo competência para processar e julgar a presente demanda.

A competência regionalizada na lei de organização judiciária é do juízo, isto é, competência funcional, pois corresponde à divisão interna das atribuições entre os vários juízos da mesma comarca.

A propósito do assunto, o TJRS já decidiu assim: *“Na comarca da capital, a repartição dos feitos entre o foro centralizado e os foros regionais é motivada em razões de ordem pública, autorizados os juízes a, de ofício, declinar da competência entre os referidos foros, obedecidos os preceitos do COJE e dos artigos 94 e 111 do CPC”*.

Ante o exposto, não estando os bairros da parte autora, da parte ré e do local do acidente no rol dos bairros sob a jurisdição do Foro Regional, nos termos da Resolução nº 55/TJPB, reconheço a incompetência absoluta deste juízo, e determino sejam os autos remetidos à Distribuição do Fórum Central, para o devido sorteio.

P. I.

João Pessoa, na data da assinatura eletrônica.

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

Juíza de Direito





**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
8ª VARA CÍVEL DA CAPITAL**

PROCESSO N.º: 0808564-82.2019.8.15.2003

Vistos, etc

DEFIRO a assistência judiciária gratuita.

1. CERTIFIQUE a escrivania a existência de outra ação idêntica a presente, envolvendo as mesmas partes, eventualmente distribuída para vara cível diversa ou comarca.

2. Caso negativa a certidão, CITE-SE a parte ré, para ofertar defesa, no prazo de 15 dias, uma vez que a audiência de conciliação/medição prevista no art. 334, do CPC/2015 mostra-se inoportuna no presente caso.

3. Apresentada contestação, INTIME-SE, para impugnar, no prazo de 15 dias.

João Pessoa, 3 de março de 2020.

RENATA DA CÂMARA PIRES BELMONT
Juíza de Direito





Poder Judiciário da Paraíba

8ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

**0808564-82.2019.8.15.2003 [ACIDENTE DE TRÂNSITO]
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)**

CERTIDÃO

Certifico que após realizar buscas/consultas nos sistemas **STI e PJE**, observa-se que não **CONSTAM AÇÕES** com mesmo nome das partes e mesma causa de pedir. Dou fé.

João Pessoa-PB, em 12 de março de 2020

CLEOPATRA CAMPOS MEDEIROS

Analista/Técnico Judiciário

