



Número: **0802084-50.2019.8.15.0981**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Queimadas**

Última distribuição : **30/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 998,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>SEVERINO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)</b>	JANDUI BARBOSA DE ANDRADE (ADVOGADO) EFIGENIO CANDIDO JUNIOR (ADVOGADO)
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33439 730	20/08/2020 15:45	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
33439 731	20/08/2020 15:45	<a href="#"><u>2729850_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
33439 733	20/08/2020 15:45	<a href="#"><u>2729850_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:45:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015450549100000032002958>  
Número do documento: 20082015450549100000032002958

Num. 33439730 - Pág. 1

Documentos de identificação



REPUbLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

DOC.IDENTIDADE / ORG.EMISSOR UF: 491966 SSP PB

CPF: 250.739.154-53 DATA NASCIMENTO: 15/04/1958

PLACAO: JOSE PEREIRA DA SILVA

ANAIZA TAVARES DA SILVA

PERMISSAO: ACC CALHAR AB

NP REGISTRO: 06300024837 VALIDEZ: 14/04/2019 1<sup>ª</sup> HABILITACAO: 10/02/2015

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1169411201

OBSERVAÇÕES:  
Envolvendo trânsito da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR:  
LOCAL: CAMPINA GRANDE, PB DATA EMISSÃO: 22/02/2016

Assinatura: *[Signature]*  
Arlete Chaves Souza  
Dirigente Executivo - DETRAN-PB  
Assinatura do Emissor

78550186693  
PB032164700

DETTRAN-PB (PARAIBA)

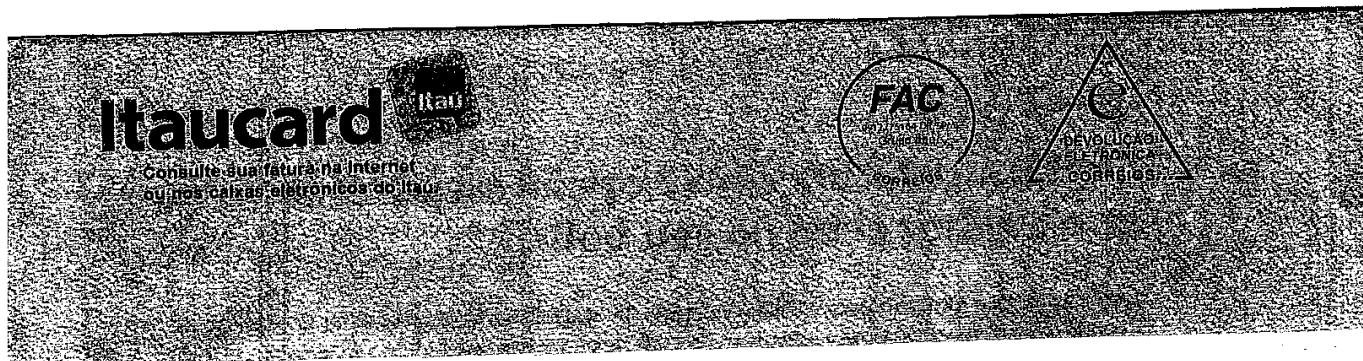
PROIBIDO PLASTIFICAR  
1169411201



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:45:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015450908700000032002959>  
Número do documento: 20082015450908700000032002959

Num. 33439731 - Pág. 1

*Assinado*



CTC RECIFE PE PLB

JANDUI BARBOSA DE ANDRADE  
R JOAO SUASSUNA 83 AP 301  
CENTRO  
58401-130 CAMPINA GRANDE - PB

Comprovante de residência



Data de Postagem: 12/08/2019

Data de Vencimento: 26/08/2019

Data de fechamento (emissão): 10/08/2019

Data prevista de fechamento da próxima fatura: 10/09/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:45:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015450908700000032002959>  
Número do documento: 20082015450908700000032002959

Num. 33439731 - Pág. 2

**SEVERINO PEREIRA DA SILVA**  
SIT LAGOA DO JUCA S/N - ÁREA RURAL  
QUEMADAS / PB CEP: 58475000 (AG-431)

Loteção MONOFÁSICO  
BR220 - KM 153 - Alça Sudeste - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
Cif/Sbc PUR MTC B2 / RURAL - AGROPECUÁRIA RURAL  
Rodero 17 - AGS-303 - 6749  
Referência: Mai / 2019  
Vistoria: A1973072277 Emissão: 26/05/2019  
Not. Fiscoz/ Conta de Energia Elétrica N°000 832 635  
Cód. para Déb. Automático: 00001093216

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 | Acesse [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a: **Mai / 2019** Apresentação: **28/05/2019** Data prevista da próxima leitura: **27/06/2019** CPF/CNPJ/RANI: **250.739.154-53**  
Insc Est.: **4/1009311-5**

**UC (Unidade Consumidora):** **4/1009311-5**  
Canal de contato:

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias			
Data	Leitura	Data	Leitura				
20/04/19 15954							
29/05/19 16006							
CCN	Descrição	Quantidade	Tensão	Valor Base Calc.	Alta (km) (R\$)	Base Calc. Pct (R\$)	Correção (%)
Tributos Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS Pct (R\$) ICMS Pct (R\$) (14,507%) (14,505%)							
0601	Consumo em kWh	51.007	0,559420	38,47	26,47	25	7,11
0601	Adic. S. Antrop			0,65	0,65	25	0,18
0610	Subsídio	5,99	0,89	25	5,99	25	0,39
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0607	CONTRIBUÍVEL PÚBLICA	2,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0606	Devolução Subsídio	-6,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCN Código de Classificação do item TOTAL 40,27 38,11 9,52 38,11 0,40 1,88  
Tanto se Títulos 0,395610

**VENCIMENTO:** **04/06/2019** **TOTAL A PAGAR:** **R\$ 40,27**

**Histórico de Consumo (kWh)**  
50 | 50 | 51 | 46 | 46 | 54 | 42 | 47 | 48 | 46 | 46 | 45 | 42  
Maio/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19

**RESUMO DE FISCALIZAÇÃO**  
**5c5b.5943.a181.0989.586d.f885.ffe8.319e.**

Indicadores de Qualidade		Consumo de Consumo		
Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
CICMENS	11,19	0,02	MONITOR	220
DISCONTINUAÇÃO TRIMESTRAL	22,22			
DISCONTINUAÇÃO ANUAL	24,85			
FICMENS	7,67	0,00	CONTRATADA	
FIC TRIMESTRAL	15,34		LIMITES INFERIOR	102
FICANUAL	20,88		LIMITES SUPERIOR	231
DMC	8,28	0,00		
DIARI	16,50			
		Discriminação		Valor (R\$)
				%
Serviços de Obr. de Energia e BCO		6,47		16,06
Comprado de Energia		10,82		26,97
Serviço de Transmissão		1,47		5,40
Encargos Sistêmicos		1,46		3,83
Impostos Diretos e Encargos		20,15		50,34
Outras Serviços		0,00		0,00
Total		40,27		100,00

Valor do F.S.D (Ref 3/2018) R\$ 0,11

**ATENÇÃO:** Subvenção DEC 7.621/13 R\$ 8,21

**BANCO DO BRASIL** PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02957.450006 00145.403176 7 7910000004027

PAGADOR: SEVERINO PEREIRA DA SILVA - CPF/CNPJ: 222.728.154-53  
SIT LAGOA DO JUCA, S/N - ÁREA RURAL - QUEMADAS / PB CEP: 58475000

Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
2957450000145403	00/10/2019	R\$ 40,27	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.528.595/0001-95  
BR 230 - KM 153 - Alça Sudeste - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

Agencia / Código do beneficiário: 3064-3/2057-5





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
SEGUNDA GERÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE QUEIMADAS/PB

**CERTIDÃO****RECEBIDO**

05 SET 2019

Seguradora Líder DPVAT

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada aos **VINTE E OITO** dias do mês de **MAIO** do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de Queimadas, Estado da Paraíba e na DEPOL LOCAL, presente a Autoridade Policial, **Bel<sup>a</sup>**, **JULIANA FERNANDA BRASIL BARBOSA BRUCE**, comigo, Escrivão (ã) de Polícia AD HOC, ao final assinado (a) e declarado (a), aí, por volta das 11h30min, compareceu (o) a Senhora (a) **ADÉLIA PEREIRA DA SILVA "ADÉLIA"**, brasileira, portadora do RG nº 381.09 SSP/PB, inscrita no CPF 147.990.064-87, nascida em 20/08/1952, filha de José Pereira da Silva e de Anailza Tavares Pereira, natural de Queimadas/PB, professora aposentada, vive em união estável, com ensino médio completo, com 66 anos, residente no Sítio Capim de Planta, próximo ao bar de Zé de Nena, no município de Queimadas/PB. Telefone: 83 9 9137-2635, para noticiar haja vista que o acidentado, **SEVERINO PEREIRA DA SILVA "SEVERO"**, brasileiro, portador do RG nº 491.966 SSP/PB, inscrito no CPF 250.739.154-53, nascido em 15/04/1958, filho de José Pereira da Silva e de Anailza Tavares Pereira, natural de Queimadas/PB, agricultor, casado, com ensino fundamental incompleto, com 61 anos, residente no Sítio Lagoa do Jucá, próximo ao Grupo Escolar José Pereira, no município de Queimadas/PB. Telefone: 83 9 9149-2551, está impossibilitado de se locomover, (o) a qual depois de cientificado das penalidades cominadas no art. 299 do CPB vimos notificar o **SEGUINTE**: Que no dia 23/03/2019, por volta das 09h30min, SEVERINO conduzia a motocicleta HONDA/NXR150 BROS ES, placa MNQ 8733/PB, chassi 9C2KD03307R031218, ano de fabricação 2007, modelo 2007, de cor vermelha, RENAVAM 0091204801-8 registrada em nome de Severino Pereira da Silva, nas proximidades do Sítio Lutador, na cidade de Queimadas, quando um ônibus conduzido por Zézé Mendes, em uma curva, colidiu com a motocicleta; QUE SEVERINO sofreu diversas fraturas, tendo sido socorrido pelo SAMU, vindo a ficar hospitalizado no Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande/PB por 17 dias, onde foi submetido a diversas cirurgias; Que possui as seguintes testemunhas: ANTONIO JOSE PEREIRA, residente no Sítio Capim de Planta, próximo ao Bar de Zé de Nena – Zona Rural, Queimadas/PB e CREUZA PEREIRA DA SILVA, residente no Sítio Capim de Planta, próximo ao Bar de Zé de Nena – Zona Rural. Era o que tinha a Certificar. Eu Simone Vilela dos Anjos, escrivã AD HOC que o digitei, datado e assino.

Queimadas/PB, 28 de maio de 2019

Simone Vilela dos Anjos  
Matrícula 182.055-9  
Agente de Investigação



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower  
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT  
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA  
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE  
PAGAMENTO.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:45:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015450908700000032002959>  
Número do documento: 20082015450908700000032002959

Num. 33439731 - Pág. 5



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

Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190529845** Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

**Data do Acidente: 23/03/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JANDUI BARBOSA DE ANDRADE

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

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

informações que não receberam a documentação complementar solicitada necessária à análise de pedidos do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15627755



PPag. 01975/01976 - carta 16 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:45:11  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015450908700000032002959>  
Número do documento: 20082015450908700000032002959

Núm. 33439731 - Pág. 6



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	250.739.154-53	SEVERINO PEREIRA DA SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	250.739.154-53
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
AGRICULTOR	SITIO LAGOA DO JOSÉ		
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
ZONA RURAL	QUEIMADAS	PARAI BA	58475-000
E-mail:	Tel.(DDD):		
oly.cq.pb@gmail.com			

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

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

<b>DADOS BANCARIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA</b>				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Name do BANCO: <u>BANCO DO BRASIL</u>		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: <u>2508</u>	CONTA: <u>5.845-</u>	(Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: <u> </u>	CONTA: <u> </u>	AGÊNCIA: <u>2508</u>	CONTA: <u>5.845-</u>	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)				

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não | Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: <u>QUEIMADAS - PB 06/08/2019</u>
	Nome: <u>SEVERINO PEREIRA DA SILVA</u>
	CPF: <u>250.739.154-53</u>

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Jandu Euler da Reckert

Assinatura do Procurador (se houver)

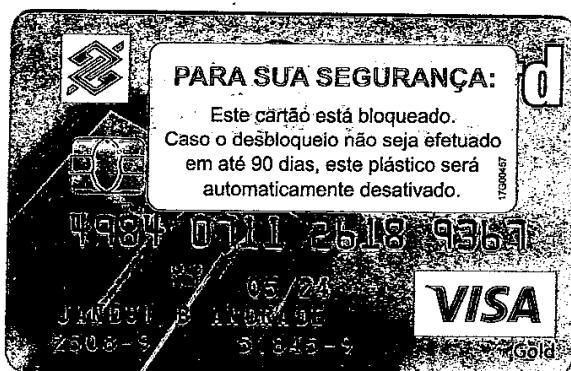
Assinatura do Representante Legal (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:45:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015450908700000032002959>  
Número do documento: 20082015450908700000032002959

Num. 33439731 - Pág. 8



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

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190529845 Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

**Data do Acidente:** 23/03/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: JANDUI BARBOSA DE ANDRADE

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a). SEVERINO PEREIRA DA SILVA**

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, contados 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 14918609



Zad 00817/00818 - carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:45:11  
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008201545090870000032002959>  
Número do documento: 2008201545090870000032002959

Num. 33430731 Pág. 9



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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 Setembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190529845**      **Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente:** 23/03/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: JANDUI BARBOSA DE ANDRADE

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a). SEVERINO PEREIRA DA SILVA**

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, contados 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 n° 14780800



Pág. 00063/00064 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:45:11  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015450908700000032002959>  
Número do documento: 20082015450908700000032002959

Núm. 33439731 - Pág. 10

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317138/19

**Vítima:** SEVERINO PEREIRA DA SILVA

**CPF:** 250.739.154-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/03/2019

**Titular do CPF:** SEVERINO PEREIRA DA SILVA

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### JANDUI BARBOSA DE ANDRADE : 725.814.924-49

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

#### SEVERINO PEREIRA DA SILVA : 250.739.154-53

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2019  
Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA  
CPF: 250.739.154-53

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019  
Nome: Cristina Limeira Alves  
CPF: 041.380.364-31

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Cristina Limeira Alves



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:45:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015450908700000032002959>  
Número do documento: 20082015450908700000032002959

Num. 33439731 - Pág. 11

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317138/19

Número do Sinistro: 3190529845

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

CPF: 250.739.154-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

Titular do CPF: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**JANDUI BARBOSA DE ANDRADE : 725.814.924-49**

Comprovante de residência  
Documentos de identificação  
Procuração

**SEVERINO PEREIRA DA SILVA : 250.739.154-53**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2019  
Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA  
CPF: 250.739.154-53

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019  
Nome: Cristina Limeira Alves  
CPF: 041.380.364-31

\_\_\_\_\_  
SEVERINO PEREIRA DA SILVA

\_\_\_\_\_  
Cristina Limeira Alves



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:45:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015450908700000032002959>  
Número do documento: 20082015450908700000032002959

Num. 33439731 - Pág. 12

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317138/19

Número do Sinistro: 3190529845

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

CPF: 250.739.154-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

Titular do CPF: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**JANDUI BARBOSA DE ANDRADE : 725.814.924-49**

Comprovante de residência  
Documentos de identificação  
Procuração

**SEVERINO PEREIRA DA SILVA : 250.739.154-53**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2019  
Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA  
CPF: 250.739.154-53

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019  
Nome: Cristina Limeira Alves  
CPF: 041.380.364-31

\_\_\_\_\_  
SEVERINO PEREIRA DA SILVA

\_\_\_\_\_  
Cristina Limeira Alves



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:45:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015450908700000032002959>  
Número do documento: 20082015450908700000032002959

Num. 33439731 - Pág. 13

  
**ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA**

Dr. Janduí Barbosa de Andrade  
Dr. Márcio Maciel Bandeira  
Dr. Hewerton Dantas de Carvalho  
Dr. Jefferson Almeida de Souto  
Dr. Edfigênio Cândido Júnior

**PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”**

**OUTORGANTE(S): SEVERINO PEREIRA DA SILVA**, casado, agricultor, RG. 491966, SSP/PB., CPF. 250.739.154-53, residente no Sítio Lagoa do Jucá, Queimadas-PB. (próximo ao Grupo Escolar José Pereira).

**OUTORGADOS:** Dr. JANDUÍ BARBOSA DE ANDRADE, brasileiro, casado, advogado, OAB-PB 9.652 com endereço profissional na Rua João Belarmino Barbosa, 11, Centro, Queimadas-PB, onde deverá ser intimado.

**PODERES:** Para o Foro em geral, com a cláusula ad-judicia, na forma do art. 38 do Código de Processo Civil para que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante, e defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, **firme e valioso especialmente para requerer Seguro Obrigatório DPVAT.**

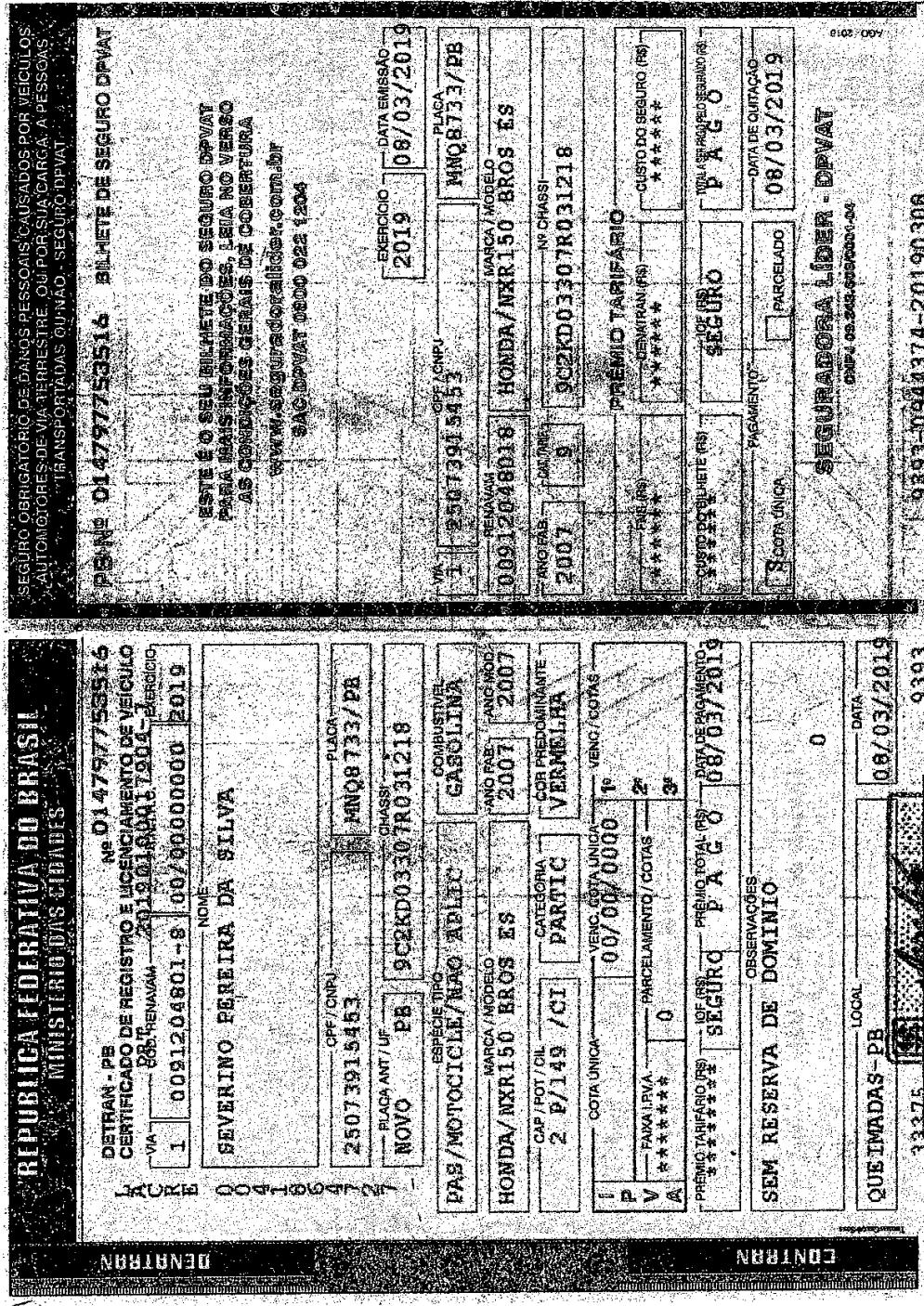
**DECLARAÇÃO:** O (a) (s) outorgante (s) **DECLARA** (M), para todos os fins de direito sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com despesas inerentes à presente Ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º da Lei 1.060 de 1950.

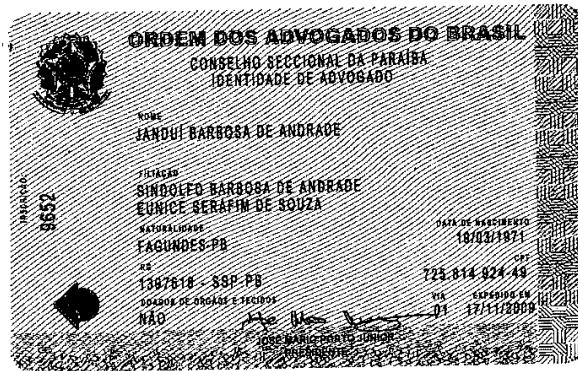
Queimadas-PB., 26 / 08 /2019

Severino Pereira da Silva  
**OUTORGANTE**

Abj.cg.pb@gmail.com







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:45:11  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015450908700000032002959  
Número do documento: 20082015450908700000032002959

Num. 33439731 - Pág. 16



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUEIMADAS  
SECRETARIA DE SAÚDE

SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IDADE:	
NOME: <i>Suelio Moreira Torres</i>		
NÚMERO DA OCORRÊNCIA: <i>5763374</i>	CIDADE: <i>Queimadas</i>	
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <i>rua Joaquim Góes</i>		
DATA: <i>23-08-2020</i>	HORA: <i>09:56</i>	ALERGIAS: <i>neos</i>
MEDICAÇÃO EM USO:		ANTECEDENTES:
MÉDICO REGULADOR: <i>Dra. Rosana</i>	MÉDICO USA: <i>Dr. Silviano</i>	USA: <input type="checkbox"/> USB: <i>(2) 42</i>
ENFERMEIRO(A): <i>Enfermeiro(a) Silviano</i>		COREN nº <i>414023</i>
TÉC. DE ENFERMAGEM: <i>Enfermeiro(a) Silviano</i>		COREN nº <i>3224976</i>
CONDUTOR: <i>motorista</i>		
TIPO DE AGRAVO: ( ) Acidente de motocicleta ( ) FAB ( ) Quase afogamento/Afogamento ( ) Acidente de trânsito ( ) FAF ( ) Queda _____ metros ( ) Agressão ( ) Gineco-obstétrico ( ) Queda da própria altura ( ) Clínico ( ) Lesões térmicas ( ) Queda de andalime ( ) Desabamento/Soterramento ( ) Pediátrico ( ) Queimaduras ( ) Eletrocussão ( ) Psiquiátrico ( ) Outros: <i>edema comum a testas</i>		
SISTEMA NEUROLÓGICO: ( ) Agitado ( ) Coma ( ) Consciente ( ) Convulsão ( ) Desorientado ( ) Orientado ( ) Otorragia ( ) Sonolência		
PUPILAS: ( ) Anisocôricas ( ) Areagentes ( ) Fotoreceptores ( ) Isocôricas ( ) Midriáticas ( ) Mióticas		
ESCALA DE COMA DE GLASCOW		
ABERTURA OCULAR:	(1) Não abre (2) Com estímulo doloroso (3) Com estímulo auditivo (4) Espontânea	
RESPOSTA VERBAL:	(1) Não verbaliza (2) Sons ou gemidos (3) Palavras impróprias (4) Confuso (5) Orienta	
RESPOSTA MOTORA:	(1) Não reage (2) Reage a dor com extensão (3) Reage com flexão anormal (4) Flexão normal (5) Localiza a dor (6) Obedece às ordens e movimentos espontâneos	
PELE:	( ) Afebril ( ) Acianótica ( ) Anictérica ( ) Cianótica ( ) Hipertérmico ( ) Hipocorada ( ) Hipotérmico ( ) Ictérica ( ) Normocorada	
SISTEMA CARDIOVASCULAR:	( ) Bradicardia ( ) Hipertenso ( ) Hipotensão ( ) Normocárdio ( ) Normotensão	
SINAIS VITAIS: VVA: ( ) Livre ( ) Obstruída	RESPIRAÇÃO: ( ) >30rpm ( ) <30rpm	PA: <i>130/80</i> x <i>60</i>
PULSO RADIAL: ( ) Presente ( ) Ausente	Glicemia: <i>160</i> mg/dl FC: <i>79</i> /SAT	O <sub>2</sub> : <i>95%</i> T. Axilar: <i>36,5</i>
EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: ( ) Abortamento ( ) Herniorragia Vaginal ( ) Trabalho de parto ( ) Outros:		
TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS (prescrição por telemedicina): <i>Sua vítima está na sala de emergência</i>		
SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico):		
( ) Ansiedade ( ) Dor aguda ( ) Náuseas ( ) Comunicação verbal prejudicada ( ) Hipertermia ( ) Padrão respiratório ineficaz ( ) Confusão aguda ( ) Hipotermia ( ) Retenção urinária ( ) Constipação ( ) Integridade da pele prejudicada ( ) Termoregulação ineficaz ( ) Deambulação prejudicada ( ) Integridade tissular prejudicada ( ) Ventilação espontânea prejudicada ( ) Débito cardíaco diminuído ( ) Intereração social prejudicada ( ) Volumes de líquidos deficientes ( ) Desobstrução ineficaz das VVA ( ) Intolerância à atividade ( ) Volumes excessivos de líquidos ( ) Disreflexia autonômica ( ) Mucosa oral prejudicada ( ) Outros:		
INTERVENÇÕES:		
<i>Recebido no Dr. Antônio Gondim</i> <i>1-Triage C (2) 42-3757</i>		

## ANOTAÇÕES

### ANOTAÇÕES DO(A) ENFERMEIRO(A)

Paciente vítima de colisão envolvendo moto e ônibus, o mesmo estava no momento acidente com capacete, mas no momento da ressurreição havia sem capacete, consciente, negava lesões e dores, negava dor com fratura exposta no nível do tornozelo direito e propriedade optou com banhos de gelo na perna e tornozelo direito, realizando imobilização local e protocolo de trauma, e pronta atendida, no momento da chegada era pico hipotensivo, normoclorônico, normovolêmico. Foi monitorado para regularização e nos encaminhado ao hospital de Trauma de Campina Grande.

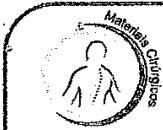
Audrey Alves Góes  
COREN 417 036  
ENFERMEIRA

### ANOTAÇÕES DO(A) TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM:

Paciente vítima de colisão moto X ônibus, estava na moto, "SEGU" estava com capacete no momento da colisão, não havia lesão semi-capacete. Alegou ser apresentando lesão exposta no nível do tornozelo direito e provável lesão no pé esquerdo. Foi feita imobilização e encaminhado ao hospital de trauma, Campina Grande.

Data da internação: 23/03/2019 Hora: 12:20:06

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			2 - CNES <b>2362856</b>	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>			4 - CNES <b>2362856</b>	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE <b>SEVERINO PEREIRA DA SILVA</b>			6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1859239</b>	
7 - CARTÃO DO SUS <b>705007443032558</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>15/04/1958</b>	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>ANAIZA TAVARES DA SILVA</b>		11 - TELEFONE DE CONTATO DDI: 83 N.º DE TELEFONE: <b>91372635</b>		
12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) <b>SITIO LAGOA DE JUCA , 0 , ZONA RURAL</b>				
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Queimadas</b>		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <b>251250</b>	15 - UF <b>PB</b>	16 - CEP <b>58475000</b>
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <b>Parante vitais de ausculta de moto com frana no pé esquerdo e ferimento no pé direito.</b>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <b>Necessidade de tratamento cirúrgico.</b>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <b>Exame Físico + Ressonância fratura luxada do T6/7 e exposte</b>				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <b>fratura luxada do T6/7 exposte</b>				
21 - CID 10 PRINCIPAL <b>T62.0</b>		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	28 - DOCUMENTO (X) CNS ( ) CPF	29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016004457154</b>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>ANTONIO DE SA BARRETO GONDIM NETO</b>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>23/03/2019</b>	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <b>JOSÉ RENAN GOMES DR. JOSÉ RENAN GOMES CRM-PB 9121</b>		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO	34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURODORA	37 - N° DO BILHETE
38 - SÉRIE	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR	( ) AUTÔNOMO	( ) DESEMPREGADO	( ) APOSENTADO	( ) NÃO SEGURADO
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		
46 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>/ /</b>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		



## CONTROLE CIRÚRGICO

• Rua Capitão José da Luz, 25º Empresarial Joaquim Cardoso 0730  
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540  
CNPJ: 26.296.089/0001-79

Paciente: Suelio Moreira Torres de Oliveira  
Hospital: H. Fazenda de L. Sacra de  
Médico: Dr. Anderson + Dr. Edelar Cruz  
Data da Cirurgia: 03/04/19 Procedimento: Fx t. Plata Ilima  
Prontuário: 183973 Convênio:  
Instrumentadora(O): ORC Circulante:

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
1	Plato liso 2x3 díptico	9,5
2	Barca lisa 2x3 fragmentada	4,5
16	Recortes metálicos 6,5	
2	2 1 1	
28	47 44 56	
03	Bracilux Braprotex 6,5	
1	1 1 1	
80	85 Rodo 16 / 80 Rodo 32	
		✓
		Dr. Edelar Fabrício A. Cruz MR ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907

Recife, 23 de 04 de 2019

Circulante

Médico Responsável





03/04/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.  
NOME : Wagner Luiz Egito De Araujo

CNPJ: 08.778.268/0  
Data: 03/04/2019



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 131429 DATA DA CIRURGIA: 31/12/1969

Número do Atendimento: 1859239 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 3 / Lei: 3

### DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data da Internação: 23/03/2019

Atendimento: 1859239

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA PL

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: Data da Cirurgia:

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Tipo de anestesia: RAQUI

Relatório Imediato do Patologista: NAO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NAO

Descrição da Operação: 01-PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

03-COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS

04-INCISÃO EM FACE ANTERO MEDIAL E LATERAL DE PÉRНА DIREITA + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA

05-REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA + OSTEOSÍNTSE COM DUAS PLACAS EM L

4.5 2X5 + PARAFUSOS CORTICais E ESPONJOSOS, SOB ESCOPÍA

06-LAVADO FO COM SF(0,9%) + SUTURA + CURATIVOS

Data 03/04/2019

Assinatura/Carimbo  
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
MR. ORTOPEDIA - T. "ATOLOGIA"  
CRM - PB 8926

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Silvino Pereira da Silva DN-19/04/1958

QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO
		SUS	60 anos	1859170
CIRURGIA	trot exérco eletrico		CIRURGÃO	Dr. Wagner
ANESTESIA	Sulfato etivocabe Metul + Sedativo		ANESTESISTA	Dr. Shiokawa
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM	
	23/03/19	14:00	14:50	

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de  
Emergência e Trauma Dom  
Luiz Gonzaga Fernandes

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
01	Adrenalina amp.	01	Calef. p/ Oxyg.	Calgut cromado Sertix	Lote: 001235 Clad: F087203
	Atropina amp.		Calet. De Urinaria Sist. Fech.	Calgut cromado Sertix	SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEIA
01	Diazepam amp.	04	Compressa Grande	Calgut cromado Sertix	SARTORI - LINERIX TIBIA T
01	Dimorfinamp.	01x110	Compressa Pequena	Calgut Simples	250 - ESTERIL
	Dolantina amp.	0	Colonoide	Calgut Simples Sertix	Fab. 17/08/2018 Val. 08/2021
	Efrane ml		Dreno	Cera p/ osso	Registro Anvisa N° 8008365031
	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº	Ethibond	300
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº	Ethibond	Materiais ACO INOX/ALUMÍNIO
	Inova ml		Dreno Pezzer nº	Ethibond	Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
01	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	CNPJ: 04.861.621/0001-00 - Rio Claro /SP
01	Mercaina 015% 6ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	Tel: +55 19 3338-1910 Info:@sartorimaterial
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix	Reg. Anvisa N° 8008365026
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix	Fab. 09/10/2018 Val. 11/01/2025
	Protigmine amp.	01,5	Espadrado Larco cm	Fio de Algodão Sulupak	Materiais ACO INOX/130
	Protocolo /m		Furacim ml	Fila cardíaca	Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
	Quelicin ml	06	Gase Pacote c/ 10 unidades	Mononylon 37°C 3-0	CNPJ: 04.861.621/0001-00 - Rio Claro /SP
	Rapifen amp.		H2O ml	Mononylon	Tel: +55 19 3338-1910 Info:@sartorimaterial
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	Protene Sertix	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	Protene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Sertix	
01	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Sertix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	02	Luvas 7,0	Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	09	Luvas 7,5	Vicryl Sertix	
	Flacobortid amp.	01	Luvas 8,0	Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8,5	Vicryl Sertix	
	Glicose amp.	01	Oxigênio l/m		
	Glucos de Cálcio amp.		Poliflux		
	Haemacel ml.		PVPI Degemente ml		
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.	025	Sabão Antisséptico	02	SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.	05	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotinazol.	02	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml	03	SG Ring fr 500 ml
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		300cm x 5F p/ lata
	Stupitanor amp.		Sonda foley	Qtd.	Macf ORTESE E PRÓTESE Biconjuntiva
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogástrica	01	Sist. de drenagem urinária
01	metaxidol		Sonda Uretral nº		line fix p/ fáscia
			Steridrem ml		
			Torneirinha	01	p/ sonda intubar na coluna vertebral
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		02 bicos de aspiração nº 31,5
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
03	Aguilha desc. 28 x 28	40X1/2	Latese		
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	Eletrada	EQUIPAMENTOS	
01	Aguilha p/ raque nº 27,5	03	União de pressão arterial	Oxímetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar
01	Álcool de Enfermagem	02	Gravação planoparalela	( ) Serra	( ) Eletrocautério
	Álcool Iodado ml	01	Indicação de seguimento	( ) Desfibrilador	( ) Oxicardiôgrafo
04	Aladuras de Crepon	18 PNT	Algofixação entre pele	( ) Foco Frontal	Cardiomonitor
	Aladuras de Gessada	2m		( ) Fente de Luz	( ) Perfurador Elétrico
	Azul metílico amp.	01	Adaptação p/ soro		
	Benzina ml				

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 066





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

**ATESTADO**

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Suelio Moreira Torres  
Silva PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. \_\_\_\_\_  
SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 392.7 NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE 23 / 03 / 89 A 08 / 04 / 89 NECESSITANDO DE  
90 (NOVENTA) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 08 / 04 / 89

*Ass. do Médico*  
*Dr. Wagner Luiz Suelio de Araújo*  
*MR. ORTOPEDIA - RADICULOGIA*  
*CRM - PB 3928*

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ autorizo o  
Dr., \_\_\_\_\_ a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE QUEIMADAS/PB**

**Processo: 08020845020198150981**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SEVERINO PEREIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**AUSÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE**

**LESÃO NO JOELHO DIREITO**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, no que pese o laudo pericial atestar a existência de invalidez permanente NO JOELHO DIREITO, quantificando-o, o mesmo não se presta a comprovar cabalmente nexo de causalidade entre as lesões e um acidente automotor. Perceba que toda documentação carreada aos autos, em especial TODA A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA E O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO, apontam no sentido da ausência de correspondência entre o dano suportado no JOELHO DIREITO e um sinistro de trânsito.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:45:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015451229300000032002961>  
Número do documento: 20082015451229300000032002961

Num. 33439733 - Pág. 1

**DIANTE DO EXPOSTO, NÃO TENDO SIDO CABALMENTE COMPROVADO O NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE O SUPOSTO ACIDENTE AUTOMOTOR E A INVALIDEZ CONSTATADA NO JOELHO DIREITO, MERECE SER JULGADA TOTALMENTE IMPROCEDENTE A PRESENTE DEMANDA NOS TERMOS DO ART. 487, I DO CPC.**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

QUEIMADAS, 18 de agosto de 2020.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES  
15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:45:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015451229300000032002961>  
Número do documento: 20082015451229300000032002961

Num. 33439733 - Pág. 2