



20/08/2020

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	
SEVERINO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		JANDUI BARBOSA DE ANDRADE (ADVOGADO) EFIGENIO CANDIDO JUNIOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33439730	20/08/2020 15:45	Petição	Petição
33439731	20/08/2020 15:45	2729850_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
33439733	20/08/2020 15:45	2729850_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Documentos de identificação



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
SEVERINO PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
491966 SSP PB

CPF
250.739.154-53

DATA NASCIMENTO
15/04/1958

FILIAÇÃO
JOSE PEREIRA DA SILVA
ANAIZA TAVARES DA SILVA

PERMISSÃO ACC CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
06300024837

VALIDADE
14/04/2019

1ª HABILITACAO
10/02/2015

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1169411201

PROIBIDO PLASTIFICAR
1169411201

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador

LOCAL
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO
22/02/2016

Assinatura do Emissor
78550186693
PB032164700

DETRAN - PB (PARAIBA)



Ruimador

Itaucard

Consulte sua fatura na internet
ou nos caixas eletrônicas do Itaú



CTC RECIFE PE PL8



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

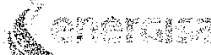
Comprovante de residência



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



SEVERINO PEREIRA DA SILVA
SIT LAGOA DO JUCA, S/N - AREA RURAL
QUEMADAS / PB CEP 58475000 (43 431)



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Ligação MONOFÁSICO BR230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
Cis/Sbc: RUR-MTC 82 / RURAL - AGROPECUARIA RURAL CNPJ 08.526.596/0001-95 - Insc. Est. 16.003.539-1
Roteiro 17 - 453 - 323 - 6740 Referência: Mai / 2019
Medidor: A1975072277 Emissão: 28/05/2019 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº003.830.935
Cód. para Dtb. Automática: 00001009316

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 023 0196 - Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Mai / 2019 28/05/2019 27/06/2019 250.739.154-53

UC (Unidade Consumidora) 4/100931-5

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 28/04/19 Leitura: 15952	Data: 28/05/19 Leitura: 16005	1	51	32

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cat. Alq.	Ícone (R\$)	Base Calc.	Por (R\$)	Cofins (R\$)
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)		(1.000%) (4.850000%)	
0601	Consumo em kWh	51,007	0,556420	28,47	28,47	25	7,11	28,47	0,30
0601	Adic. E. Amarela			0,65	0,65	25	0,18	0,65	0,01
0610	Subsídio			5,99	5,99	25	2,25	5,99	0,09
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIBUIÇÃO 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

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 40,27 36,11 9,52 36,11 0,40 1,26
Tributos e Tributos 0,395610

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

Histórico de Consumo (kWh)

50	50	51	45	46	54	47	47	48	46	45	49
Mai/19	Jun/19	Jul/19	Agô/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19

5c5b.5943.a181.0989.586d.f885.fFeb.3f9e.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIMENSIONAL	11,18	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. de Energia e BD	6,47	16,06
DIC TRIMESTRAL	22,32			Compra de Energia	10,82	26,87
DIC ANUAL	44,65		CONTRATADA	Serviço de Transmissão	1,37	3,40
FIC TRIMESTRAL	1,61	0,50		Encargos Selecionados	1,46	3,63
FIC ANUAL	30,80			Impostos Diretos e Encargos	20,15	50,04
DIC TRIMESTRAL	8,08	0,50		Outros Serviços	0,00	0,00
DIC ANUAL	16,16			Total	40,27	100,00

ATENÇÃO: Subvenção DEC 7.831/19 R\$ 6,21

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02957.450006 00145.403176 7 79100000004027

PAGADOR SEVERINO PEREIRA DA SILVA - CPF/CNPJ 250.739.154-53
SIT LAGOA DO JUCA, S/N - AREA RURAL - QUEMADAS / PB CEP 58475000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
23574500000145403	000100931201905	04/06/2019	R\$ 40,27	

RECEBIMENTO ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.526.596/0001-95
BR 230 - KM 153 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

Agência / 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, **Belª. 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 Zezé 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, dato 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
Rua da Assembleia, 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.





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

Rio de Janeiro, 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

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de 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

Pag. 01975/01976 - carta_16 - INVALIDEZ

00010988



Carta nº 15627755



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 ASI: _____ CPF da vítima: 250.738.154-53 Nome completo da vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: SEVERINO PEREIRA DA SILVA CPF: 250.738.154-53

Profissão: AGRICULTOR Endereço: SÍTIO LAGOA DO JUA Número: _____ Complemento: _____

Bairro: ZONA RURAL Cidade: QUEIMADAS Estado: PARÁIBA CEP: 58475-000

E-mail: abj.cg.pl@gmail.com Tel.(DDD): _____

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

REDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 0508 8 CONTA: 5.845- 9

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

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

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

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: QUEIMADAS - PB 26/08/2019

Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

CPF: 250.738.154-53

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

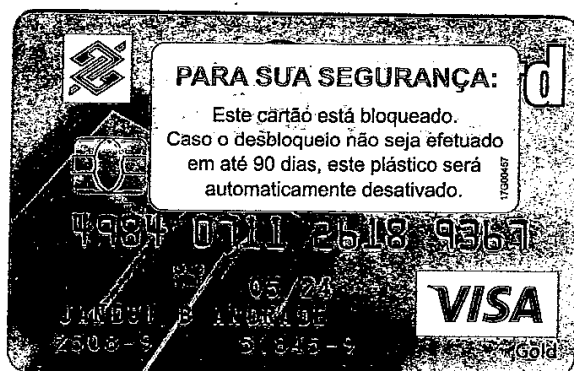
TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____

2º | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____

(*) 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





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

Rio de Janeiro, 19 de 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14918609





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

Rio de Janeiro, 19 de 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14780800



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 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

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Cristina Limeira Alves



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 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

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Cristina Limeira Alves



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 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

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Cristina Limeira Alves





ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA

Dr. Janduí Barbosa de Andrade
Dr. Márcio Maciel Bandeira
Dr. Hewerton Dantas de Carvalho
Dr. Jefferson Almeida de Souto
Dr. Edigênio 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



DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DESTAÇÃO - PB

Nº 01.4797753516

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA DE REGRESSO - RENOVAÇÃO

2013/01/000117904 - Exercício

1 0091204801-9 00200000000 2019

LACRE 0041064727

NOME

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

CPF / CNPJ

25073915453

PLACA

MN08733/PB

PLACA ANT / UF

NOVO PB

9C2KD03307R031219

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/NAO APLEC

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA / NXR150 BROS ES

ANO FAB / ANO MOD

2007 2007

CAP / POT / cil

2 P/149 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

00/00/0000

VENÇ. COTA ÚNICA

1º

VENÇ. / COTAS

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2º

A

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

DE (R\$)

SEGUR

PRÊMIO TOTAL (R\$)

PA 2 0

DATA DE PAGAMENTO

08/03/2019

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

LOCAL

QUEIMADAS - PB

DATA

08/03/2019

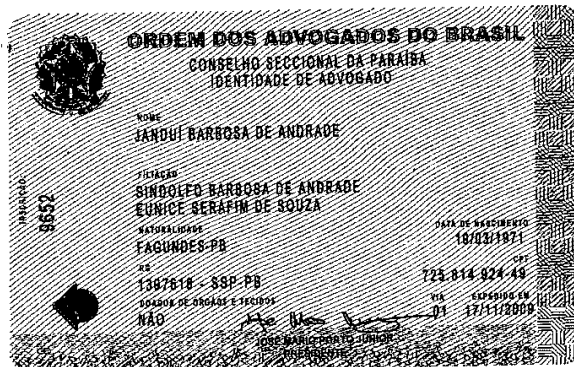
33375

9393

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS QUANDO - SEGURO DPVAT											
PEN N° 014797753516 BILHETE DE SEGURO DPVAT											
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p>WWW.SEGURADORAIDER.COM.BR</p> <p>SAC DPVAT 0800 022 1204</p>											
EXERCÍCIO 2019		DATA EMISSÃO 06/03/2019				PLACA MNQ8733/PB					
VIN 1	OFF CNPU 250T39I5453				MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES		Nº CHASSI 9C2KD03307R031218				
RENAVAM 00912048018		ANOS 2007		CMV 9		PREMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO SEGURO (R\$) *****			
PAUL (R\$) *****		PAGAMENTO		DE SEGURO		VALOR DO SEGURO (R\$)		P A G O			
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		PAGAMENTO		DE SEGURO		VALOR DO SEGURO (R\$)		P A G O			
COTA ÚNICA		PAGAMENTO		DE SEGURO		VALOR DO SEGURO (R\$)		P A G O			
COTA ÚNICA		PAGAMENTO		DE SEGURO		VALOR DO SEGURO (R\$)		P A G O			
SEGURADORA LIDER - DPVAT CNPJ: 08.968.998/0001-504											
9393-0941374-20190306											



DUT



Solicitação - Urgente

Documentação médica - hospitalar



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUEIMADAS
SECRETARIA DE SAÚDE

NOME: <u>Suelio Moreira da Silva</u>		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IDADE:
NÚMERO DA OCORRÊNCIA: <u>3763394</u>	CIDADE: <u>Queimadas</u>	LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>Distrito Industrial</u>	
DATA: <u>22-03-2020</u>	HORA: <u>09:56</u>	ALERGIAS: <u>neg</u>	
MEDICAÇÃO EM USO:		ANTECEDENTES:	
MÉDICO REGULADOR: <u>Dr. Raimundo</u>	MÉDICO USA:	USA: <input type="checkbox"/>	USB: <input checked="" type="checkbox"/> <u>40</u>
ENFERMEIRO(A): <u>Andréia Milena Gomes</u>	COREN nº <u>413037</u>		
TÉC. DE ENFERMAGEM: <u>Alf. M. S.</u>	COREN nº <u>1224976</u>		
CONDUTOR <u>Andréia Milena Gomes</u>			
TIPO DE AGRAVO:			
<input type="checkbox"/> Acidente de motocicleta <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> Quase afogamento/Afogamento <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Queda _____ metros <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Gineco-obstétrico <input type="checkbox"/> Queda da própria altura <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Lesões térmicas <input type="checkbox"/> Queda de andaime <input type="checkbox"/> Desabamento/Soterramento <input type="checkbox"/> Pediátrico <input type="checkbox"/> Queimaduras <input type="checkbox"/> Eletrocussão <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Outros: <u>edema pulmonar agudo</u>			
SISTEMA NEUROLÓGICO:			
<input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Coma <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Desorientado <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Otorrágia <input type="checkbox"/> Sonolência			
PUPILAS: <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Arreagentes <input checked="" type="checkbox"/> Fotoreagentes <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Mideiátricas <input type="checkbox"/> 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		
TOTAL:	(5) Localiza a dor (6) Obedece às ordens e movimentos espontâneos		
PELE:	<input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Ictérica <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada		
SISTEMA CARDIOVASCULAR:	<input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> Hipotensão <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdio <input checked="" type="checkbox"/> Normotensão		
SINAIS VITAIS: VVAA: <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstruída	RESPIRAÇÃO: <input type="checkbox"/> >30rpm <input checked="" type="checkbox"/> <30rpm PA: <u>130 x 80</u>		
PULSO RADIAL: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	Glicemia: <u>160</u> mg/dl FC: <u>79</u> /SAT O ₂ : <u>98</u> T. Axilar:		
EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: <input type="checkbox"/> Abortamento <input type="checkbox"/> Hemorragia Vaginal <input type="checkbox"/> Trabalho de parto <input type="checkbox"/> Outros:			
TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS (prescrição por telemedicina): <u>Soro Ringer Lactato 100ml + 2 amp</u> <u>Clorazepato 30mg - feito às 10h34</u>			
SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico):			
<input checked="" type="checkbox"/> Ansiedade <input checked="" type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Confusão aguda <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Retenção urinária <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Termorregulação ineficaz <input checked="" type="checkbox"/> Deambulação prejudicada <input type="checkbox"/> Integridade tissular prejudicada <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada <input type="checkbox"/> Débito cardíaco diminuído <input type="checkbox"/> Interação social prejudicada <input type="checkbox"/> Volumes de líquidos deficientes <input type="checkbox"/> Desobstrução ineficaz das VVAA <input type="checkbox"/> Intolerância à atividade <input type="checkbox"/> Volumes excessivos de líquidos <input type="checkbox"/> Disreflexia autonômica <input type="checkbox"/> Mucosa oral prejudicada <input type="checkbox"/> Outros:			
INTERVENÇÕES:			

Recebido em Dr. Antônio Gondim
H. T. Ferreira C.R. - 08/03/2020



ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES DO(A) ENFERMEIRO(A)

Paciente vítima de colisão entre o carro e moto, o mesmo estava na moto sentada que estava sem capacete, mas no momento da colisão, estava sem capacete. Alargou os membros inferiores e dorsais, não apresentando ferimentos aparentes no nível de tornozelo direito e provavelmente ferimentos com lesão de tendão no pé e tornozelo esquerdo, realizou imobilização local e protocolo de trauma, e depois afibulou, remaneceu para o Hospital de Trauma de Campinas.


Anaclara Alves G. de Almeida
COREN 417.015
ENFERMEIRA

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

Paciente vítima de colisão entre o carro e moto, estava na moto, "SFC" estava sem capacete, no momento da colisão estava sem capacete. Alargou os membros inferiores apresentando ferimentos expostos na região do tornozelo direito e provavelmente ferimentos no pé esquerdo. Feito imobilização e encaminhado para o Hospital de Trauma de Campinas. Pronto.



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

 SUS Sistema Único da Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2 - CNES 2362856
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		4 - CNES 2362856
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE SEVERINO PEREIRA DA SILVA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 1859239
7 - CARTÃO DO SUS 705007443032558	8 - DATA DE NASCIMENTO 15/04/1958	9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANAIZA TAVARES DA SILVA		11 - TELEFONE DE CONTATO DD 83 Nº DE TELEFONE 91572635
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SÍTIO LAGOA DE JUCA, 0, ZONA RURAL		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Queimadas	14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 251250	15 - UF PB
		16 - CEP 58475000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 80px;"> <p style="font-size: 1.2em;">Paralela vítima de acidente de moto com fratura no pé esquerdo e ferimento no pé direito.</p> </div>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 40px;"> <p style="font-size: 1.2em;">Necessidade de tratamento cirúrgico.</p> </div>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 40px;"> <p style="font-size: 1.2em;">Exame físico + Rax - X</p> </div>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 40px;"> <p style="font-size: 1.2em;">fratura luxação do talus @ Exata</p> </div>		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
26 - CLÍNICA <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02	28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF 980016004457154
29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016004457154		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ANTONIO DE SA BARRETO GONDIM NETO
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/03/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; font-size: 0.8em;"> <p>DR. JOSE RENNA GOMES</p> <p>CRM - PB 9121</p> </div>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	37 - Nº DO BILHETE <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
	38 - SÉRIE <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	
	39 - CNPJ EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	40 - CNAE DA EMPRESA <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
	41 - CBOR <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>		44 - COD. ORGÃO EMISSOR <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <div style="border: 1px solid black; height: 20px;"></div>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>	
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>		



CONTROLE CIRÚRGICO

☛ Rua Capitão José da Luz, 25ª Empresarial Joaquim Cardoso
 Sala 901/902 - Coelho - Recife/PE - CEP: 50.070-540
 CNPJ: 26.296.089/0001-79

0730

MA

Paciente: Sebastião Pereira da Silva

Hospital: do Carmo de E. Sacramento

Médico: Dr. Alencar + Dr. Colella

Data da Cirurgia: 27/04/18 Procedimento: F.A.T. Placa + Sólus

Prontuário: 1859070 Convênio:

Instrumentadora(O): 9412 Circulante: _____

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
01	Placa em L 2x3 diáf. Fe	9,5
02	Barra em L 2x3 Escovada	4,5
06	Parafusos Pontuais 4,5	
	2 2 1 1	
	28 47 44 56	
03	Parafusos Espiralados 6,5	
	L 2 11 / 1	
	20 83 Roca 16 / 80 Roca 32	

Recife, 23 de 4 de 2019

Circulante

Médico Responsável



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Severino Ferreira de Silva DN 15.04.1958						GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	HISTÓRIA DE ESTADO DA SAÚDE		
		Sus	60 anos	18.591.39			
CIRURGIA: Plastrão Abdominal				CIRURGIÃO: Dr. André + Dr. Elvira			
ANESTESIA: Raquia				ANESTESIA: Dr. Ricardo			
INSTRUMENTADORA: Ana		DATA: 03-04-19	INÍCIO: 13:40	FIM: 15:50			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Boia Colostoma	Qtd.	FIOS		CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolanina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso		
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond		
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
01	Mecaina 02% ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubupropina		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
	Protigmine amp.		Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak		
	Protoxido I/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak		
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca		
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		Mononylon		
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	04	Mononylon 2.0		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix		
02	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix		
02	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0	02	Vicryl Sertix 1		
03	Flexidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.		Luvas 8.5				
	Glicose amp.		Oxigênio I/m				
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix				
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml				
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS		
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.		Saco coletor P/ Lixo		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrotilnazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	03	SG F 500 ml		
	Revivan amp.		Sonda				
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica				
			Sonda Uretral nº				
			Sterydrem ml				
			Torneirinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
	Agulha desc. 28 x 28		Latese				
	Agulha desc. 3 x 4,5						
01	Agulha p/ raque nº 25						
05	Álcool de Enfermagem 70%						
	Álcool Iodado ml						
04	Ataduras de Crepon 15						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Dr. Suelio Moreira Torres
DE ENF. RANALIA
GOREN - PB 709.721

MOD 056



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



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 131429

DATA DA CIRURGIA: 31/12/1969

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

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data da Internação: 23/03/2019

Atendimento: 1859239

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA PL

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia: Data da Cirurgia:

Equipe:
Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesiista: 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 CIRURGICOS ESTÉREIS
04-INCISÃO EM FACE ANTERO MEDIAL E LATERAL DE PERNÁ DIREITA + DISSECÇÃO
POR PLANOS + HEMOSTASIA
05- REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA + OSTEOSÍNTESE COM DUAS PLACAS EM L
4.5 2X5 + PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS, SOB ESCOPIA
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 - PR 4926



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		GOVERNO DA PARAIBA			
QI		LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
Senorino Pereira da Silva DN-13/04/1958		SUS	60 anos	1859470	
CIRURGIA	Cirurgia de emergência de abdômen agudo - Dr. Wagner				
ANESTESIA	Anestesia geral - Dr. Shidduca				
INSTRUMENTADORA	DATA: 23/03/19 INÍCIO: 14:00 FIM: 14:50				
Qt.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qt.	FIOS	
	Adrenalina amp.	Calel. pl Oxyg.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
OL	Dimora amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolanina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera pl osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
OL	Mercaina 0,5% x ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak	
	Protoxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml	04	Mononylon nº 3-0	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrüm amp.	Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qt.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
03	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
03	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
02	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucun de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qt.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico	02	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml	03	SG Ringir fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda		30ccent SF pl larca	
	Stupianon amp.	Sonda folley	Qt.	ORTESE E PROTESE Bicomp	
	Cefalotiga 1g	Sonda Nasogátrica	01	Sist de drenagem para Sertix	
02	Alpraxona	Sonda Uretral nº		line fix pl 4 Luis	
01	nausea deen	Sterydrem ml			
		Torneirinha	01	pneu intes modular eise	
Qt.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml			
	Aguilha desc. 25 x 7	Gelcon 18	02	sies de drenagem n° 2.5	
03	Aguilha desc. 28 x 28	Latege			
	Aguilha desc. 3 x 4,5			EQUIPAMENTOS	
01	Aguilha pl raque nº 23			Oximetro de Pulso	
01	Alcool de Enfiagem			() Foco Auxiliar	
	Alcool Iodado ml			() Serra	
04	Ataduras de Crepon 18cm			() Desfibrilador	
	Ataduras de Gessada			() Foco Frontar	
	Azul metileno amp.			() Fonte de Luz	
	Benzina ml			() Perfurador Elétrico	





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): Sérgio Pereira da Silva
PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 392.2 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 23 / 03 / 19 A 08 / 04 / 19 NECESSITANDO DE
90 (noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 08 / 04 / 19

Ass. do Médico Dr. Wagner de Araújo
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 89284

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.ª, 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 inexistente 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.



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



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