



22/06/2021

Número: **0807569-27.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **22/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                             |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                   |                   |
|------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------|-------------------|
| JULIO CESAR SILVA SILVEIRA (AUTOR) |                    | FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)                   |                   |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU)         |                    | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)                                |                   |
| Documentos                         |                    |                                                                 |                   |
| Id.                                | Data da Assinatura | Documento                                                       | Tipo              |
| 44851986                           | 22/06/2021 15:26   | <a href="#">Petição</a>                                         | Petição           |
| 44853657                           | 22/06/2021 15:26   | <a href="#">2740088_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_033</a> | Outros Documentos |
| 44853652                           | 22/06/2021 15:26   | <a href="#">2740088_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>  | Outros Documentos |
| 44853664                           | 22/06/2021 15:26   | <a href="#">2740088_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>         | Outros Documentos |

ANEXO





06/08/2020

Número: **0819426-07.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **12/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                           |                                  |
|------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| JULIO CESAR SILVA SILVEIRA (AUTOR)                         |                    | INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)                                                        |                                  |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    | ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA (ADVOGADO)                                           |                                  |
| Documentos                                                 |                    |                                                                                         |                                  |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                                                               | Tipo                             |
| 23425625                                                   | 12/08/2019 15:09   | <u>Petição Inicial</u>                                                                  | Petição Inicial                  |
| 23425631                                                   | 12/08/2019 15:09   | <u>Petição Inicial</u>                                                                  | Outros Documentos                |
| 23425632                                                   | 12/08/2019 15:09   | <u>Procuração</u>                                                                       | Procuração                       |
| 23425634                                                   | 12/08/2019 15:09   | <u>Doc. Pessoais e Comp. de Residência</u>                                              | Documento de Identificação       |
| 23425641                                                   | 12/08/2019 15:09   | <u>SAMU, BO e Comp. de Pag. Administrativp</u>                                          | Outros Documentos                |
| 23425636                                                   | 12/08/2019 15:09   | <u>Doc. Médica.</u>                                                                     | Outros Documentos                |
| 23425639                                                   | 12/08/2019 15:09   | <u>Raio - X</u>                                                                         | Outros Documentos                |
| 23425640                                                   | 12/08/2019 15:09   | <u>GuiaCustas</u>                                                                       | Outros Documentos                |
| 23447384                                                   | 29/08/2019 17:51   | <u>Despacho</u>                                                                         | Despacho                         |
| 24961864                                                   | 02/10/2019 14:28   | <u>Certidão</u>                                                                         | Certidão                         |
| 24961878                                                   | 02/10/2019 14:28   | <u>ar 0819426</u>                                                                       | Aviso de Recebimento             |
| 25440365                                                   | 18/10/2019 15:46   | <u>Habilitação em processo</u>                                                          | Petição de habilitação nos autos |
| 25440599                                                   | 18/10/2019 15:46   | <u>2645178_PETIÇÃO DE HABILITAÇÃO_JULIO_CESAR_SILVA_SILVEIRA.PDF</u>                    | Outros Documentos                |
| 25440602                                                   | 18/10/2019 15:46   | <u>2645178_CONTESTACAO_JULIO_CESAR_SILVA_SILVEIRA_INVALIDEZ_DIFERENÇA_PB_Nº_CPC.PDF</u> | Outros Documentos                |
| 25440713                                                   | 18/10/2019 15:46   | <u>2645178_PAD.PDF</u>                                                                  | Outros Documentos                |
| 25440604                                                   | 18/10/2019 15:46   | <u>MARISTELLA-2</u>                                                                     | Procuração                       |
| 25440605                                                   | 18/10/2019 15:46   | <u>PROCURAÇÃO - TODAS AS SEGURADORAS - NOVO</u>                                         | Procuração                       |
| 25440606                                                   | 18/10/2019 15:46   | <u>Procuração Interna Seguradora Líder 2018 - novo</u>                                  | Procuração                       |



|              |                  |                                             |                   |
|--------------|------------------|---------------------------------------------|-------------------|
| 25440<br>607 | 18/10/2019 15:46 | <u>Rueda &amp; Rueda - PE - NOVO</u>        | Substabelecimento |
| 25440<br>609 | 18/10/2019 15:46 | <u>SUBSTALECIMENTO LIDER - RUEDA - NOVO</u> | Substabelecimento |
| 26053<br>513 | 08/11/2019 11:27 | <u>Mandado</u>                              | Mandado           |
| 26057<br>738 | 08/11/2019 12:44 | <u>Impugnação à Contestação</u>             | Petição           |
| 26058<br>065 | 08/11/2019 12:44 | <u>Impugnação à Contestação</u>             | Outros Documentos |
| 30363<br>315 | 06/05/2020 16:47 | <u>Despacho</u>                             | Despacho          |



Petição Inicial em anexo.



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214592384700000022707885>  
Número do documento: 19081214592384700000022707885

Num. 23425625 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 3

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA  
CIVIL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE-PB.**

**JULIO CESAR SILVA SILVEIRA**, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG de nº 3956191, e CPF de nº 112.069.904-57, residente e domiciliado na Rua Sítio Cajazeiras s/n, Bairro: Zona Rural na cidade de Massaranduba/PB, por intermédio do seu bastante procurador que esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço que consta no rodapé desta, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex<sup>a</sup>, propor o presente:

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT.**

**COMPLEMENTO**

Em face de: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT**, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Dantas nº 74, 5º andar, Rio de Janeiro - RJ, CEP-20.031.205, CNPJ 09.248.608.0001-04 expondo e ao final requerendo o seguinte:

AB INITIO, diante da situação financeira em que se encontra o Promovente requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso a Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

É cediço que para que tenha eficácia o pedido de assistência judiciária gratuita, nada basta além do simples pedido, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido em petição inicial, conforme preceitua a Lei de nº. 1.060, de 05.02.1950 do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

**DA AUDIÊNCIA DE MEDIAÇÃO OU DE CONCILIAÇÃO**

Considerando a necessidade de produção de provas no presente feito, bem como a política atual de acordo zero adotada pela parte Ré, a parte autora vem manifestar, em cumprimento ao **art. 319, inciso VII do NCPC/2015**, que não há interesse na realização

Av. Dinâmica Alves Correia, nº1020 – Loja 02,  
Dinâmica, Campina Grande – PB. CEP: 58400-000  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214592662400000022707891>  
Número do documento: 19081214592662400000022707891

Num. 23425631 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 4

de audiência de conciliação ou mediação, haja vista a iminente ineficácia do procedimento e a necessidade de que **ambas as partes** dispensem a sua realização, conforme previsto no **art. 334, §4º, inciso I, do NCPC/2015**.

### **DOS FATOS E DOS DIREITOS**

No dia **26.01.2019**, foi vítima de um acidente automobilístico, quando estava trafegando pela BR 104, no sentido Campina Grande-PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 160 STAR, ano/modelo 2018/2018, cor preta, chassi de nº 9C2KC2500JR132232, de placa QSD-1758/PB, quando na altura do KM 134, reduziu a velocidade pra passar por uma quebra molas e acabou sendo atingido na parte de trás de um veículo de marca, cor, placas e demais características que ignora, inclusive condutor, fazendo com que o autor fosse jogado ao solo, e sofrendo lesões graves, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado ao hospital de Hospital de Emergência e Trauma em Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, o que ocasionou incapacidade permanente na parte autora, fatos estes, devidamente comprovados no teor do Boletim de Ocorrência da Polícia, Ficha de Internação e Cirurgia, todos em anexos.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais como como: **FRATURA DE TÍBIA ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA DE OSTEOSSÍNTESE PARA FIXAÇÃO (PLACAS/PINOS/PARAFUSOS)**, devido ao acidente, o que sem dúvidas resultou no comprometimento do membro, conforme se observa nos laudo médicos acostados aos autos e pericia a ser realizada.

Acontece que a parte autora, buscou seus direitos pela via administrativa, recebendo um valor irrisório de **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL, TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**, conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Lider em anexo.

Destarte, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a redução funcional/invalidez dos membros supra mencionado corresponde ao valor Máximo de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme tabela DPVAT, descrita em lei especial.

O próprio nome do Seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que indeniza vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O Seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela Lei nº 6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com

Av. Dinamérica Alves Correia, nº1020 – Loja 02,  
Dinamérica, Campina Grande – PB. CEP: 58400-000  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214592662400000022707891>  
Número do documento: 19081214592662400000022707891

Num. 23425631 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 5

veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade.

Tendo em vista as previsões legais da Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), o Autor faz *jus* à indenização financeira pelas seqüelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso, no valor estabelecido conforme o art. 3º, inciso II e III, *in verbis*:

**Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vítima:**

***I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;***

***II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;***

***III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.***

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação susomencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometeram e o registro de ocorrência no órgão policial competente, **estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:**

***Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.***

Assim, instruído de todos os documentos hábeis à sua pretensão, têm o requerente direito à indenização. Dessa forma, o Autor busca junto aos braços do Poder Judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Ademais, a matéria resta exaustivamente analisada e pacificada:

***APELAÇÃO CÍVEL. SEGUROS. DPVAT. INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A VALOR CERTO E DETERMINADO - TARIFADO EM LEI PARA OS CASOS DE INVALIDEZ PERMANENTE. MEDIDA PROVISÓRIA 340/2006.***

Av. Dinâmica Alves Correia, nº1020 – Loja 02,  
Dinâmica, Campina Grande – PB. CEP: 58400-000  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214592662400000022707891>  
Número do documento: 19081214592662400000022707891

Num. 23425631 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 6

**PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DO VALOR DEVIDO.** 1. Não há que se falar em graduar a invalidez permanente com base na Resolução n.º 1/75 de 03/10/75, editada pelo Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, pois, em se tratando de norma regulamentar, não pode esta dispor de modo diverso da Lei n.º 6.194/74, de hierarquia superior. 2. A percepção dos valores referentes ao seguro DPVAT na esfera administrativa a título de liquidação de sinistro não importa em abdicar do direito de receber indenização tarifada, havendo saldo a ser satisfeito, resultante da diferença entre o valor recebido e aquele efetivamente devido em face do previsto em lei. 3. A parte autora possui direito à complementação do valor da indenização tarifado em R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), devendo ser abatido o valor atinente ao pagamento parcial efetuado na esfera administrativa, montante este que deve ser corrigido monetariamente pelo IGP-M, a contar daquele termo, acrescidos de juros moratórios a partir da citação. 4. Honorários advocatícios. Majoração para 15% do valor da condenação. Dado parcial provimento aos recursos. (Apelação Cível Nº 70028013035, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Jorge Luiz Lopes do Canto, Julgado em 21/01/2009).

Toda via é indiscutível a especificação da % da perda dentro da tabela da Lei 11.482/2007, devido a quantificação de perda seja ela parcial ou total, pois quem possui aptidão e capacidade técnica para tal é um médico com especialidade em ortopedia para quantificar a lesão e sua invalidez permanente, devido o autor não possui capacidade econômica para arcar com tais despesas, motivo pelo qual requer a perícia judicial para resguardar direito do autor de acesso à justiça conforme prevê a Constituição Federal de 1988 no artigo 5º, XXXV: “a lei não excluirá da apreciação do Poder Judiciário lesão ou ameaça a direito;”

Nota-se claramente que a lei foi criada para a indenização de vítimas de acidentes de trânsito, tudo nos termos da Lei nº 6.194/74,

#### **D O R E Q U E R I M E N T O:**

Pelo Exposto, requer a V.Ex.a., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 5º, da Lei n. 6.194/74, requerer a procedência da presente, para o fim de condenar a requerida, a complementação do pagamento da indenização em epígrafe, **fundada no valor de R\$ 11.137,50 (ONZE MIL, CENTO E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS) referente ao DPVAT**, face a invalidez sofrida pelo autor, que veio a comprometer a função do adquirida através de acidente de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

Av. Dinâmica Alves Correia, nº1020 – Loja 02,  
Dinâmica, Campina Grande – PB. CEP: 58400-000  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214592662400000022707891>  
Número do documento: 19081214592662400000022707891

Num. 23425631 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 7

01- que Seja citada a Promovida, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão.

02- Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo em conformidade com **o rito especial imposto a lide**, tenha início a instrução e julgamento;

03 - Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente nas provas documentais, que serão apresentadas independentemente de intimação;

04- seja intimado o autor para ser inquirido nos autos, e com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção monetária retroativo a data do sinistro;

**05- com fundamento no Art. 246, I do Código de Processo Civil Pátrio, seja a promovida, citada através de AR- (Correios e Telégrafos);**

06- seja a demandada condenada em 20%, sobre o valor da condenação, referente à honorários advocatícios, e, sejam intimadas as testemunhas arroladas a prestarem depoimento sob as penas da lei;

07- não necessitando que seja oficiado a SEGURADORA LIDER para remeter copia do processo administrativo, pois seguem e anexo copias das documentações;

**08- Não precisando que seja intimada a direção da casa hospitalar onde o autor, ora paciente, foi atendido para disponibilizar prontuário, pois os mesmos já encontra-se em anexo;**

09 – **requer a produção de prova pericial**, oficiando o NUMOL/PERITO a ser nomeado por V. Excelência, visto que tal exame torna-se imprescindível para o julgamento da presente demanda;

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art.2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

Dá-se a presente o valor **R\$ 11.137,50 (ONZE MIL, CENTO E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)** para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,

Pede e Espera Deferimento.

**Campina Grande - PB, em 12 de Agosto de 2019.**

Av. Dinâmica Alves Correia, nº1020 – Loja 02,  
Dinâmica, Campina Grande – PB. CEP: 58400-000  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214592662400000022707891>  
Número do documento: 19081214592662400000022707891

Num. 23425631 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 8



**INACIO BRUNO SARMENTO**  
**- Advogado - OAB/PB 21.472**

---

Av. Dinâmica Alves Correia, nº1020 – Loja 02,  
Dinâmica, Campina Grande – PB. CEP: 584000-000  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214592662400000022707891>  
Número do documento: 19081214592662400000022707891

Num. 23425631 - Pág. 6



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 9

### QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE:\_\_\_\_\_.

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, por volta das \_\_\_\_\_ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA ( ), de que forma?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO, ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS):\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Sem mais, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

(Assinatura – carimbo – CRM)

Av. Dinâmica Alves Correia, nº1020 – Loja 02,  
Dinâmica, Campina Grande – PB. CEP: 58400-000  
Fones: (83) 3334-1289 / 99988-5048/ 987692274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214592662400000022707891>  
Número do documento: 19081214592662400000022707891

Num. 23425631 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 10

## PROCURAÇÃO AD JUDICIA E EXTRA JUDICIAL

**OUTORGANTE:** Julio Cesar Silva Silveira, brasileiro (a),  
portador da Cédula de Identidade nº:  
3956791, inscrito no CPF nº: 11210691904157, residente e domiciliado  
na Rua Sítio Coqueiros, Nº SIN, Bairro, Zona Rural  
na 58120000 Cidade de Maracanduba, CEP  
FONE \_\_\_\_\_.

**OUTORGADO:** INÁCIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PB sob nº 21.472, com endereço profissional na Rua: Dinamarca Alves Correia, 1020, loja 02, Dinamérica, na Cidade de Campina Grande/PB, 3334-1289/99988-5040/98760-2274.

**PODERES:** Poderes para o foro em geral, a fim de defender os interesses e direitos do Outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, inclusive perante esta Douta Vara, propondo Ações competentes em que o Outorgante seja autor ou reclamante, defendendo-o quando for Réu, Interessado ou Requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, acordar, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, renunciar direitos, bem como subestabelecer a presente com ou sem reservas de poderes, se assim lhes convier, praticarem todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, ao qual dar como firme e valioso, enfim praticar todos os atos previstos no art. 105 do Novo Código de Processo Civil com redação dada pela Lei nº 8.952 de 13.12.94 e art. 5º, § 2º da Lei nº 8906, de 04.07.94 (Estatuto da Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

**CONTRATO:** O Outorgante obriga-se a pagar ao outorgado, a título de verba honorária advocatícia remuneratória pelos serviços prestados, ora contratados, a importância de 30%, calculados sobre o valor da causa, da condenação ou do acordo celebrado.

### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

A parte outorgante, conhecedora dos termos da Lei n.º 1.060/50, declara que é pobre na forma da lei e que não tem condições de dar prosseguimento à demanda judicial sem comprometimento da subsistência de sua vida e de sua família.

Campina Grande/PB, 12 de Agosto de 2019.

Julio Cesar Silva Silveira  
Outorgante/Declarante

Rua: Dinamarca Alves Correia, nº 1020, loja 02,  
Dinamérica, Campina Grande - PB. CEP: 58400-000.  
Fones: (53) 3334-1269 / 99988-5046 / 96762274  
E-mail: [inaciobrunoadv@gmail.com](mailto:inaciobrunoadv@gmail.com)



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214593049200000022707892>  
Número do documento: 19081214593049200000022707892

Num. 23425632 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 11

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRO NACIONAL DE HABILITACÃO

**SUELIO MOREIRA TORRES**

**1169405610**

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

**1169405610**

**ANTONIO LOPES DA  
SILVEIRA**

**MARIA LUCIA DA SILVA**

**24/11/2020**

**02/03/2013**

**DETRAN-PB (PARAIBA)**



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214593301900000022707894>  
 Número do documento: 19081214593301900000022707894

Num. 23425634 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 12



**Ligação: MONOFÁSICO**

BR 230-

Cis/Soc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 4 - 407 - 276 - 2300 Referencia: Mar / 201  
Medidor: 00000078725 Emissao: 08/03/2018

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.000.839-1

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº003 220.757  
Cód. para Déb. Automático: 00002491835

Mar / 2019

08/03/2019

08/04/2019

**112.069.904-57**

Insc. Est.

| Data     | Letra                   | Data                                | Letra    |                  |                |                    |                                     |
|----------|-------------------------|-------------------------------------|----------|------------------|----------------|--------------------|-------------------------------------|
| 07/02/19 | 2818                    | 08/03/19                            | 2872     | 1                | 58             | 29                 |                                     |
| CD       | Descrição               | Quantidade                          | Tarifa/c | Valor Base Calc. | Aliq. ICMS(R%) | Base Calc. Pto(R%) | Cot. R\$(R%)                        |
|          |                         | Tributos Totais(R\$) ICMS(R\$) ICMS |          |                  |                |                    | Pto(Cotiza(R\$) (1,0845%) (4,8855%) |
| 0801     | Consumo em kWh          | 58,000                              | 0,764810 | 42,27            | 42,27          | 26                 | 10,68 42,27 0,46 2,11               |
|          | LANÇAMENTOS E SERVIÇOS  |                                     |          |                  |                |                    |                                     |
| 0807     | CONTRIB. ILLUM. PUBLICA |                                     |          | 11,45            | 0,00           | 0                  | 0,00 0,00 0,00 1,00                 |

|                                     |         |       |       |       |       |      |      |
|-------------------------------------|---------|-------|-------|-------|-------|------|------|
| CC: Código de Classificação do Item | TOTAL:  | 63,72 | 42,27 | 10,68 | 42,27 | 0,45 | 2,11 |
| Tarifa s/ Tributos:                 | 0520280 |       |       |       |       |      |      |

15/03/2019

**RS 53.72**

|        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 58     | 83     | 53     | 58     | 48     | 45     | 48     | 48     | 51     | 63     | 55     | 58     |
| Mar/18 | Apr/18 | Mar/18 | Jun/18 | Jul/18 | Aug/18 | Sep/18 | Oct/18 | Nov/18 | Dec/18 | Jan/19 | Feb/19 |

RESERVADO AO FISCO

c70b.c865.c1fc.a6c8.0303.1226.2f2e.752c.

|                |       |      |                 | Composição do Consumo        |             |        |
|----------------|-------|------|-----------------|------------------------------|-------------|--------|
|                |       |      |                 | Discriminação                | Valor (R\$) | %      |
| DIC MENSAL     | 10,58 | 0,74 |                 | Serviços de Dist. de Energia | 8,15        | 7,04   |
| DIC TRIMESTRAL | 21,17 |      |                 | Compra de Energia            | 19,26       | 28,44  |
| DIC ANUAL      | 42,34 |      | NOMINAL         | Serviço de Transmissão       | 1,84        | 3,81   |
| FC MENSAL      | 7,62  | 1,00 | CONTRATADA      | Encargos Setoriais           | 2,76        | 5,17   |
| FC TRIMESTRAL  | 15,04 |      | LIMITE INFERIOR | Impostos Diretos e Encargos  | 24,67       | 46,74  |
| FC ANUAL       | 30,08 |      | LIMITE SUPERIOR | Outros Serviços              | 0,00        | 0,00   |
| DMC            | 5,68  | 0,74 |                 |                              |             |        |
| DICRI          | 18,60 |      |                 | Total                        | 63,72       | 100,00 |

Valor do EUSD (Ref. 1/2019) R\$ 12,70

[illegible]

**energisa** **BONBONEMA**

Roteiro: 4 - 407 - 276 - 2300  
Matrícula: 249183-2019-03-7

15/03/2019

R\$ 53,72

83670000000-0 53720007000-2 02491832019-3 03700407019-1



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:35

<http://pje.tipb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214593301900000022707894>

Número do documento: 19081214593301900000022707894

Num. 23425634 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37

<http://pje.tiwb.ius.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>

Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 13

ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUEIMADAS  
SECRETARIA DE SAÚDE

UNIDADE: 192

SOLICITANTE: LINDIARTE

NOME: JULIO CESAR SILVA SEXO: (X) M ( ) F IDADE: 23 A

NUMERO DA OCORRÊNCIA: 02291 CIDADE: QUEIMADAS LOCAL DA OCORRÊNCIA: BR 104 - VITAMASSA

DAT: 26.01.19 HORA: 09:30 ALERGIAS: NÃO

INDICAÇÃO EM USO: ANA 2x dia ANTECEDENTES:

MÉDICO REGULADOR: HERMANO MÉDICO USA: JANAÍO USA: (X) USB: ( )

ENFERMEIRO(A): SIMONI COREN nº: 361400

TÉC. DE ENFERMAGEM: COREN nº:

CONDUTOR: ARIMATEIA

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 andaime  
( ) Desabamento/Soterramento ( ) Pediátrico ( ) Queimaduras  
( ) Eletrocussão ( ) Psiquiátrico (X) Outros: COLISÃO CARRO X MOTO

SISTEMA NEUROLÓGICO:

( ) Agitado ( ) Coma (X) Consciente ( ) Convulsão  
( ) Desorientado (X) Orientado ( ) Otorrágia ( ) Sonolência

PUPILAS: ( ) Anisocóricas ( ) Arreagentes (X) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Midríaticas ( ) Mioticas

ESCALA DE COMA DE GLASGOW

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 (X) Orientado

RESPOSTA MOTORA: (1) Não reage (2) Reage a dor com extensão (3) Reage com flexão anormal (4) Flexão normal

TOTAL: 15 (5) Localiza a dor (X) Obedece às ordens e movimentos espontâneos

PELE: ( ) Afebril ( ) Acianótica ( ) Anictérica ( ) Cianótica ( ) Hipertérmico  
( ) Hipocorada ( ) Hipotérmico ( ) Ictérica (X) Normocorada

SISTEMA CARDIOVASCULAR: ( ) Bradicardia ( ) Hipertensão ( ) Hipotensão (X) Normocardia ( ) Normotensão

SINAIS VITAIS: VVAA: (X) Livre ( ) Obstruída RESPIRAÇÃO: ( ) >30rpm ( ) <30rpm PA: 120 x 80 mmHg

PULSO RADIAL: (X) Presente ( ) Ausente Glicemia: 104 mg/dl FC: 84 /SAT O2: 99 T. Axilar:

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: ( ) Abortamento ( ) Hemorragia Vaginal ( ) Trabalho de parto ( ) Outros:

TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS (prescrição por telemedicina): SR2 - 500 ml - EV 09/10/19  
Diphenhydramine 1FA + AG - EV 10/01/19  
Dexametasona 1FA + AG - EV 10/01/19

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 ( ) Termorregulação ineficaz  
( ) Desambulação prejudicada ( ) Integridade tissular prejudicada ( ) Ventilação espontânea prejudicada  
( ) Débito cardíaco diminuído ( ) Interação social prejudicada ( ) Volumes de líquidos deficientes  
( ) Desobstrução ineficaz das VVAA ( ) Intolerância à atividade ( ) Volumes excessivos de líquidos  
( ) Disreflexia autonômica ( ) Mucosa oral prejudicada ( ) Outros:

INTERVENÇÕES:



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:38  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1908121459356200000022707901  
Número do documento: 1908121459356200000022707901

Num. 23425641 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 14

# ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES DO(A) ENFERMEIRO(A)

Vitória Branco, consciente, orientada, eufórica, memórias recentes preservadas, eloquente, sem alterações (CABEÇA) apresentando fratura fechada em MTG em nível da tíbia e fíbula, fite fixado de tração com alça e ligado para o H.T.C.G.

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

Atuação de enfermeiro com o caso, 25A, Cote eloquente, 18, apresentando dor em MTG, com fratura fechada com redução da tíbia, fíbula e tração, apresentando sinais vitais, sem alterações, tórax, abdome e crânio sem sinais de lesão. Encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma de Companhia Grande. Recebido pelo médico cirurgião.

Dr. Danilo Gonçalves do Carmo  
Médico  
Clínica Médica R2  
CRM-PB 9772



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214593562000000022707901>  
 Número do documento: 19081214593562000000022707901

Num. 23425641 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 15



GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES E  
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000058/19

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000058/19 registrada em 26/03/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e seis dias do mês de março do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:48 horas, compareceu o Sr. JULIO CESAR SILVA SILVEIRA, com 25 anos de idade, filho de ANTONIO LOPES DA SILVEIRA e MARIA LÚCIA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PARAIBA - PB, Solteiro, escolaridade Médio Incompleto, profissão, portador da Cédula de Identidade Nº 3.956.191, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 11206990457, residindo à rua SÍTIO CAJAZEIRAS, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de MASSARANDUBA - PB.

#### Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 09h30min do dia 26.01.2019, estava trafegando pela Rodovia BR 104, no sentido Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 160 STAR, ano/modelo 2018/2018, cor preta, chassi nº 9C2KC2500JR132232, de placa QSD-1758/PB, licenciada em nome de Lucas Carvalho da Silva, quando na altura do Km 134 reduziu a velocidade para passar por um quebra molas e acabou sendo atingido na parte de trás por um veículo de marca, cor, placas e demais características que ignora, inclusive o condutor, fazendo com que o comunicante fosse jogado ao solo, sofrendo fratura de tibia e escoriações pelo corpo, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos cirúrgico, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais da PRF, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de acidente de Trânsito; Que, na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, excepo a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 26 de Março de 2019

JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Declarante

Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214593562000000022707901>  
Número do documento: 19081214593562000000022707901

Num. 23425641 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 16



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, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297027

Vítima: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001634-9

Conta: 0000037229-3

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:38  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214593562000000022707901>  
Número do documento: 19081214593562000000022707901

Num. 23425641 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 17



Ficha de Acolhimento

Nome: Julio Cesar Silva Silveira (SAUV)  
End: R. S. do Capangueiro Bairro: Monte das Carvoeiras  
Data de Nascimento: 30/11/1993 Documento de Identificação: PPB  
Queixa: Do Mito Data do Atend: 26/01/2019 Hora: 07:34 Documento:  
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☒ Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☐ Bom ☒ Regular ☐ Baixo Aspecto: ☐ Calmo ☐ Fúria de dor ☐ Gemente  
Frequência respiratória: 18 Frequência cardíaca: 100  
Pressão arterial: 120/80 Temperatura axilar: 36,5  
Dosagem de HGT: 120 Mucosas: ☐ Normocrada ☐ Pálida  
Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Cama

Estratificação

Vermelho  
( ) Verde - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES  
Assinatura e carimbo do profissional

IMP-176

|       |        |      |        |         |          |      |        |  |  |  |             |
|-------|--------|------|--------|---------|----------|------|--------|--|--|--|-------------|
| Nome: | Suelio |      |        |         |          |      |        |  |  |  | Prontuário: |
| Adm:  | Sexo:  | Cor: | Idade: | Altura: | Clinica: | Enf: | Leito: |  |  |  |             |
| M     | F      | B    | P      | A       |          |      |        |  |  |  |             |

Insumo

TERIAL A EXAMINAR:

AMES SOLICITADOS:

Rou-X Perna D e tomogelo D AP e perfil

Rou-X +5uox AP e Rou-X pelve AP

SÉNCIA: ☐ ROTINA: ☐ HORA DA SOLICITAÇÃO: 26/11/19

Dr. Jairo Sales Couto  
CRM 25.591-PP  
Cirurgião Geral

RECEBIDO  
26/11/19





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE**

**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

|                                                                     |                                 |                   |  |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------|--|
| Nome do Paciente <u>Suelio Lessa dos Santos</u>                     |                                 | Nº Prontuário     |  |
| Data da Operação <u>26/04/19</u>                                    | Enf.                            | Leito             |  |
| Operador <u>Dicleide Cerezo</u>                                     | 1º Auxiliar <u>Dr. Eledimar</u> |                   |  |
| 2º Auxiliar                                                         | 3º Auxiliar                     | Instrumentador    |  |
| Anestesia                                                           |                                 | Tipo de Anestesia |  |
| Diagnóstico Pré-Operatório<br><u>Uma fratura do osso do pé. (C)</u> |                                 |                   |  |
| Tipo de Operação<br><u>Ostomia de fibra (C)</u>                     |                                 |                   |  |
| Diagnóstico Pós-Operatório                                          |                                 |                   |  |
| Laboratório Imediato da Patologia                                   |                                 |                   |  |
| Exame Radiológico no Ato                                            |                                 |                   |  |
| Acidente Durante a Operação                                         |                                 |                   |  |

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

| Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Aberto do osso                                                                                        |
| 2) Anestesia local                                                                                       |
| 3) Injeção de droga na fibra                                                                             |
| 4) Drenagem por pontos                                                                                   |
| 5) Desbridamento                                                                                         |
| 6) Redução da fibra de fibra                                                                             |
| 7) Fio em pontos e pontos                                                                                |
| 8) Ligar com fio de sutura e pontos                                                                      |

DEPARTAMENTO DE OPERAÇÃO



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:40

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214593819000000022707896>

Número do documento: 19081214593819000000022707896

Num. 23425636 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>

Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 21

**Diagnóstico**

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

Paciente: *Julio Cesar Silva*

Alcômodo

Leito

*7-2*

Convênio

*Primeira visita de rotina*

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

*11/10/2019*  
*22.00h*  
*ADULTO por ADULTO*

*2) 500mg 1000ml 600ml*

*3) 1000mg 1000ml 1000ml*

*4) 1000mg 1000ml 1000ml*

*5) 1000mg 1000ml 1000ml*

*6) 1000mg 1000ml 1000ml*

*7) 1000mg 1000ml 1000ml*

*8) 1000mg 1000ml 1000ml*

*9) 1000mg 1000ml 1000ml*

*10) 1000mg 1000ml 1000ml*

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

|                                                         |                                |                             |                              |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PACIENTE: <i>Julio Cesar Silva Oliveira DN=30/11/93</i> |                                |                             |                              |                |                                             | <br>GOVERNO DA PARAIBA<br>SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE<br>Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes |
| QI                                                      | LEITE                          | CONVENIO                    | IDADE                        | REGISTRO       |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | <i>baixa 04</i>                | <i>pus</i>                  | <i>25a</i>                   | <i>1830896</i> |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
| CIRURGIA <i>Abdominal e fixação de fratura</i>          |                                | CIRURGIÃO <i>Dr. Felipe</i> |                              |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
| ANESTESIA <i>Roque + Isodac</i>                         |                                | ANESTESIA <i>Dr. Jadir</i>  |                              |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
| INSTRUMENTADORA <i>Dr. Jadir</i>                        |                                | DATA                        | INICIO                       | FIM            |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         |                                | <i>26/01/19</i>             | <i>10:15h</i>                | <i>13:40h</i>  |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
| Qtd.                                                    | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS       |                             | Bolsa Celostoma              | Qtd.           | FIOS                                        |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Adrenalina amp.                | <i>03</i>                   | Catet. p/ Oxg.               |                | Catgut cromado Sertix                       |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Atropine amp.                  |                             | Catet. De Urinar Sist. Fech. |                | Catgut cromado Sertix                       |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Diazepam amp.                  | <i>06</i>                   | Compressa Grande             |                | Catgut cromado Sertix                       |                                                                                                                                                                                                          |
| <i>QN</i>                                               | <i>Dinamida amp. 0,2x100</i>   |                             | Compressa Pequena            |                | Catgut Simples                              |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Dolantina amp.                 |                             | Cotonoides                   |                | Catgut Simples Sertix                       |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Efrane m.                      | <i>05</i>                   | <i>Dreno Penrose</i>         |                | Catgut Simples Sertix                       |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Fenagum amp.                   |                             | Dreno Penrose n°             |                | Catgut Simples Sertix                       |                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Q1</i>                                               | <i>Fentanil m. 0,05</i>        |                             | Dreno Pozzer n°              |                | Cera p/ osso                                |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | <i>Novam m. 0,2x100</i>        |                             | Equipo de Macrogotas         |                | Ethibond                                    |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Ketalar m.                     |                             | Equipo de Macrogotas         |                | Ethibond                                    |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Mercaina % ml                  |                             | Equipo de Sangue             |                | Fio de Algodão Sertix                       |                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Q1</i>                                               | <i>Nubain amp. 0,2x100</i>     |                             | Equipo da PVC                |                | Fio de Algodão Sertix                       |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | <i>Prothimine amp. 0,2x100</i> | <i>QN</i>                   | Esparradrapo Largo cm        |                | Fio de Algodão Sutupak                      |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Protolixo l/m                  |                             | Furcim m.                    |                | Fio de Algodão Sutupak                      |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Quelcin m.                     | <i>10</i>                   | Gase Pacote c/ 10 unidades   |                | Fila cardiaca                               |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Rapifen amp.                   |                             | H.O. ml                      |                | Mononylon                                   |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Thionembutal m.                |                             | Intracath Adulto             | <i>02</i>      | Mononylon N° 20 c/ ag 4.0                   |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Tracium amp.                   |                             | Intracath Infantil           |                | Prolene Sertix                              |                                                                                                                                                                                                          |
| Qtd.                                                    | MEDICAÇÕES                     |                             | Lâmina de Bisturi n° 23      |                | Prolene Sertix                              |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Agua Destilada amp.            |                             | Lâmina de Bisturi n° 11      |                | Prolene Sertix                              |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Diclidron amp.                 | <i>02</i>                   | Lâmina de Bisturi n° 15      |                | Prolene Sertix                              |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Dipirona amp.                  |                             | Luvax 7.0                    | <i>01</i>      | Vicryl Sertix N° 1.0 c/ ag 4.0              |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Flaxidol amp.                  |                             | Luvax 7.5                    |                | Vicryl Sertix                               |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Flabocortid amp.               |                             | Luvax 8.0                    |                | Vicryl Sertix                               |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Garamicina amp.                |                             | Luvax 8.5                    |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Glicose amp.                   | <i>QN</i>                   | Oxigênio l/m                 |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Glucose de Cálcio amp.         |                             | Polifix                      |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Haemazel m.                    | <i>QN</i>                   | PVP Degermante m.            |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Hoparema m.                    |                             | PVP Tópico m.                | Qtd.           | SOROS                                       |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Kanadion amp.                  |                             | Sabão Antisséptico           | <i>03</i>      | SE Normotermico fr 500 ml                   |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Lasix amp.                     | <i>04</i>                   | Saco coletor                 |                | SG Gelado fr 500 ml                         |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Medetrazol.                    |                             | Seringa desc. 10 ml          |                | SG Hipertermico fr 500 ml                   |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Plasil amp.                    | <i>02</i>                   | Seringa desc. 20 ml          |                | SG Ringr fr 500 ml                          |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Prolemina                      | <i>02</i>                   | Seringa desc. 05 ml          | <i>03</i>      | SE fr 500 ml <i>PTA de limpeza</i>          |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Revivan amp.                   |                             | Sonda                        |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Stuclancon amp.                |                             | Sonda Foley                  | Qtd.           | ORTESE E PRÓTESE                            |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Cefalotina ig                  |                             | Sonda Nasogástrica           |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         |                                |                             | Sonda Uretral n°             | <i>03</i>      | <i>foi usado material da empresa da BUS</i> |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         |                                |                             | Steridren m.                 |                | <i>implantes</i>                            |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         |                                |                             | Tomeirinha                   |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
| Qtd.                                                    | MATERIAIS / SOLUÇÕES           |                             | Vaselina m.                  |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Agulha desc. 25 x 7            |                             | Gelcon 18                    |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Agulha desc. 28 x 28           |                             | Latese                       |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
| <i>QN</i>                                               | <i>Agulha desc. 3 x 4,5</i>    |                             |                              |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
| <i>QN</i>                                               | <i>Agulha p/ raque n° 27cm</i> |                             |                              |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
| <i>QN</i>                                               | <i>Alcool de Enfermagem</i>    |                             |                              |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Alcool Iodado ml               |                             |                              |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
| <i>Q1</i>                                               | <i>Ataduras de Crepon 15cm</i> |                             |                              |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Ataduras de Gessado            |                             |                              |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Azul metileno amp.             |                             |                              |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |
|                                                         | Benzina m.                     |                             |                              |                |                                             |                                                                                                                                                                                                          |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL *Artes Santos Silva*  
COREN-PB 183106-T

MOD 006

Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:40  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214593819000000022707896  
Número do documento: 19081214593819000000022707896

Num. 23425636 - Pág. 6

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 23



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

|                                                            |                       |
|------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Paciente: <u>Julio Lora Silva Silveira</u>                 | Idade: <u>23 anos</u> |
| Convênio: <u>Pant: 1820896</u>                             | Data: <u>26/01/99</u> |
| Procedimento: <u>TC Cirurgico al forame post. de tubos</u> |                       |
| Cirurgião: <u>Dr Felipe</u>                                | Auxiliar: _____       |
| Anestesista: <u>Dr Sedas</u>                               |                       |
| Início: <u>12:13</u>                                       | Término: <u>13:10</u> |
| Anestesia: <u>Rapin + subg</u>                             |                       |

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesista

## Circulanta



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:40  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214593819000000022707896>  
 Número do documento: 19081214593819000000022707896

Num. 23425636 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 24

Diagnóstico

Expects de prova ②

PLANO DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

| paciente | Julio Cesar Silva Sabino                      | Alcunha | 7-2                        | Leito | Convênio |
|----------|-----------------------------------------------|---------|----------------------------|-------|----------|
| Data     | Prescrição Médica                             | Horário | Evolução Médica            |       |          |
| 17/01    | ① Dietas oral livre                           |         | BtG, entus, em laboratório |       |          |
|          | ② SF 0.9 2 1000ml EV em 24h                   |         | CADI VPM                   |       |          |
|          | ③ Gentamicina 80mg 03 FA + 200ml SF 0.9 2 12h |         | Alta planejada             |       |          |
|          | ④ Dipirona 1g + AD EV 6/6h                    |         |                            |       |          |
|          | ⑤ Tubal 40mg + AD EV 1x/dia                   |         |                            |       |          |
|          | ⑥ Clonazepam 40mg 5c 1x/dia                   |         |                            |       |          |
|          | ⑦ 35VV + CC 60                                |         |                            |       |          |

Dr. Everton Motta  
CRM-PR 9900

Dr. Everton Motta  
CRM-PR 9900



(83) 3063.9001  
www.imagoradiologia.com.br  
contato@imagoradiologia.com.br

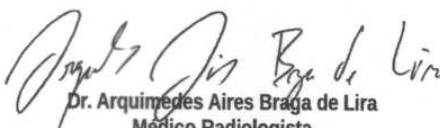
**Unidade Integração**  
Rua Dom Pedro II, 382, Prata  
CEP: 58400-565 Campina Grande - PB  
**Unidade San Pietro**  
Rua Montevideu, 720, Bela Vista  
Centro Médico San Pietro, sala 01  
CEP: 58428-790 Campina Grande - PB  
(83) 3063.9020

Nome: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA  
Idade: 25 anos

Data do exame: 15/04/2019 10h24  
Data de nascimento: 30/11/1993

#### RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

- Osteossíntese com placa e parafusos de fratura do terço médio da diáfise da tíbia.
- Fratura linear do terço médio da diáfise da ulna, sem desalinhamentos significativos.
- Pequeno fragmento radiopaco projetado em partes moles medialmente à diáfise da tíbia (fragmento ósseo?).
- Relações articulares conservadas.

  
Dr. Arquimedes Aires Braga de Lira  
Médico Radiologista  
CRM 7197 PB

Responsável Técnico: Dr. Arthur José Ventura CRM/PB 6481

1 de 1.



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214594076900000022707899>  
Número do documento: 19081214594076900000022707899

Num. 23425639 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 26



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Julio Cesar Silva  
Silveira

For protocolo de  
Frotas de

Tubos com

boa aderência

clínica

MOD. 001

22/4/19

Data

Dr. Aristóteles Queiroz Neto  
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA  
CIRURGIA OMBRO E COTOVELO  
CRM 5617 TEOT 12637  
Clínica CTO/Rua Dr Chateaubriand 206  
Tel 3341-2560 / 3341-2566

Médico



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214594076900000022707899>  
Número do documento: 19081214594076900000022707899

Num. 23425639 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 27



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214594076900000022707899>  
Número do documento: 19081214594076900000022707899

Num. 23425639 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 28

|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |                                                                   |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br>Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br>Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98<br>(Via da parte)                                      |                                   |                                                                   | <b>Número do boleto:</b><br>001.9.19.11668/01 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |                                                                   | <b>Data de emissão:</b><br>12/08/2019         |
| <b>Nº do Processo:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Comarca:</b><br>Campina Grande | <b>Classe Processual:</b><br>PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | <b>Data de vencimento:</b><br>31/08/2019      |
| <b>Número da guia:</b> 001.2019.611668 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias                                                                                                                                                                                                            |                                   |                                                                   | <b>UFR vigente:</b><br>R\$ 50,48              |
| <b>Detalhamento:</b><br>- Custas Processuais: R\$ 1.009,60 <b>Promovente:</b> JULIO CESAR SILVA SILVEIRA<br>- Taxa Judiciária: R\$ 167,06<br>- Despesas processuais postais: R\$ 12,00 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS<br>- Taxa bancária: R\$ 1,35      CONSÓRCIOS DE SEGUROS |                                   |                                                                   | <b>Conta FEJPA:</b><br>1618-7/228.039-6       |
| <b>Observações:</b><br>- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.<br>- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.                                                                                                              |                                   |                                                                   | <b>Parcela:</b><br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |                                                                   | <b>Valor total:</b><br>R\$ 1.190,01           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |                                                                   | <b>Desconto total:</b><br>R\$ 0,00            |
| 86680000113 900109283185 520190831005 191911668017<br>                                                                                                                                               |                                   |                                                                   | <b>Valor final:</b><br>R\$ 1.190,01           |

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                   |                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br>Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br>Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98<br>(Via do processo) |                                   |                                                                   | <b>Número do boleto:</b><br>001.9.19.11668/01 |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                   | <b>Data de emissão:</b><br>12/08/2019         |
| <b>Nº do Processo:</b>                                                                                                                                                                                                                              | <b>Comarca:</b><br>Campina Grande | <b>Classe Processual:</b><br>PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | <b>Data de vencimento:</b><br>31/08/2019      |
| <b>Número da guia:</b> 001.2019.611668 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias                                                                                                                                                                          |                                   |                                                                   | <b>UFR vigente:</b><br>R\$ 50,48              |
| <b>Promovente:</b> JULIO CESAR SILVA SILVEIRA <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS<br>CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT                                                                                                                                 |                                   |                                                                   | <b>Conta FEJPA:</b><br>1618-7/228.039-6       |
| <b>Detalhamento:</b><br>- Despesas processuais postais: R\$ 12,00<br>- Cartas R\$ 12,00                                                                                                                                                             |                                   |                                                                   | <b>Parcela:</b><br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                   | <b>Valor total:</b><br>R\$ 1.190,01           |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                   | <b>Desconto total:</b><br>R\$ 0,00            |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                   |                                                                   | <b>Valor final:</b><br>R\$ 1.190,01           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |                                                                   |                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|  <b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b><br>Guia de Recolhimento de Custas e Taxas<br>Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98<br>(Via do banco)                                    |                                   |                                                                   | <b>Número do boleto:</b><br>001.9.19.11668/01 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |                                                                   | <b>Data de emissão:</b><br>12/08/2019         |
| <b>Nº do Processo:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Comarca:</b><br>Campina Grande | <b>Classe Processual:</b><br>PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7 | <b>Data de vencimento:</b><br>31/08/2019      |
| <b>Número da guia:</b> 001.2019.611668 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias                                                                                                                                                                                                            |                                   |                                                                   | <b>UFR vigente:</b><br>R\$ 50,48              |
| <b>Detalhamento:</b><br>- Custas Processuais: R\$ 1.009,60 <b>Promovente:</b> JULIO CESAR SILVA SILVEIRA<br>- Taxa Judiciária: R\$ 167,06<br>- Despesas processuais postais: R\$ 12,00 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LÍDER DOS<br>- Taxa bancária: R\$ 1,35      CONSÓRCIOS DE SEGUROS |                                   |                                                                   | <b>Conta FEJPA:</b><br>1618-7/228.039-6       |
| <b>Observações:</b><br>- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.<br>- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.                                                                                                              |                                   |                                                                   | <b>Parcela:</b><br>1/1                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |                                                                   | <b>Valor total:</b><br>R\$ 1.190,01           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                   |                                                                   | <b>Desconto total:</b><br>R\$ 0,00            |
| 86680000113 900109283185 520190831005 191911668017<br>                                                                                                                                             |                                   |                                                                   | <b>Valor final:</b><br>R\$ 1.190,01           |



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214594599100000022707900>  
 Número do documento: 19081214594599100000022707900

Num. 23425640 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 29



Poder Judiciário do Estado da Paraíba  
Tribunal de Justiça  
Sistema de Custas Online

**Guia de Custas Prévias**

**Nº Guia:** 001.2019.611668

**Data Vencimento:** 31/08/2019

**Data Emissão:** 12/08/2019

**Comarca:** Campina Grande

**Classe:** PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

**Promovente:** JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

**Promovido:** SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGUROS DPVAT

**Valor da Causa:** R\$ 11.137,50

**Despesas Processuais:** R\$ 12,00

**Custas:** R\$ 1.009,60

**Taxa:** R\$ 167,06

**Total da Guia:** R\$ 1.188,66

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

---

Servidor

**APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.**



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 12/08/2019 14:59:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081214594599100000022707900>  
Número do documento: 19081214594599100000022707900

Num. 23425640 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 30



**Poder Judiciário da Paraíba**  
**7ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0819426-07.2019.8.15.0001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Como é cediço, em inúmeros feitos dessa natureza, a parte promovida não tem demonstrado qualquer intenção de fazer acordo em sessões de conciliação, o que só vem ocorrendo em Mutirões do DPVAT, razão por que deixo de designar a audiência conciliatória.

Cite-se, na forma legal.

*Campina Grande, data e assinatura digitais.*

**Juiz(a) de Direito**



Assinado eletronicamente por: IVNA MOZART BEZERRA SOARES MOURA - 29/08/2019 17:51:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19081308590785100000022728231>  
Número do documento: 19081308590785100000022728231

Num. 23447384 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 31



**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA**  
**7ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCESSO Nº 0819426-07.2019.8.15.0001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA  
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**CERTIDÃO DE JUNTADA DE DOCUMENTO**

Certifico e dou fé que, nesta data, faço JUNTADA aos presentes autos do(s) documento(s) em anexo.

7ª Vara Cível de Campina Grande-Pb, 2 de outubro de 2019.

KASMARY HENRIQUES DO O MELO

Técnico Judiciário



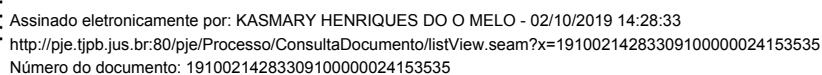
Assinado eletronicamente por: KASMARY HENRIQUES DO O MELO - 02/10/2019 14:28:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100214283218600000024153271>  
Número do documento: 19100214283218600000024153271

Num. 24961864 - Pág. 1

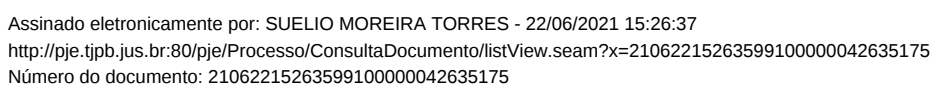


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 32



Num. 24961878 - Pág. 1



Num. 44853657 - Pág. 33

AVISO DE  
RECEBIMENTO  
AVIS CN07

AR

JU 51120430 9 BR

DATA DE POSTAGEM / DATE OF DEPOT

04 SET 2019

UNIDADE DE POSTAGEM / BUREAU DE DÉPÔT

PINA 3

TENTATIVAS DE ENTREGA / TENTATIVES DE LIVRAISON

/ / : h

: h : h

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

NOME OU RAZÃO SOCIAL DO REMETENTE / NOM OU RAISON SOCIALE DE L'EXPÉDITEUR

ENDEREÇO PARA  
DEVOLUÇÃO

RETORNO

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO / ADRESSE

ESTADO DA PARAIBA  
FÓRUM JUDICIÁRIO  
FÓRUM APENAS CAMPOS

PAVÃO CIVEL

MUA VILA PRATO Azeite de Castanho Souza, s/n  
CNPJ Nº 410-050 - Estação Velha  
Campina Grande - PB

CIDADE / LOCALITÉ

BRASIL  
BRÉSIL

**AR**

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| NOME OU RAZÃO SOCIAL DO DESTINATÁRIO DO OBJETO / NOM OU RAISON SOCIALE DU DESTINATAIRE                                                                                                                                                                                                                                          |                   |
| Seguradora Líder dos Consórcios SA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |
| ENDEREÇO / ADRESSE                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |
| Rua da Assembleia 100, Edif. Citibank, 16º Andar - Centro                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |
| CEP / CODE POSTAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | CIDADE / LOCALITE |
| 20011-904                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Rio de Janeiro RJ |
| DECLARAÇÃO DE CONTEÚDO (SUJEITO A VERIFICAÇÃO) / DISCRIMINATION                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| e. citacop - 0819426-07.2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |
| ASSINATURA DO RECEBEDOR / SIGNATURE DU RECEPTEUR                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>NOME LEGÍVEL DO RECEBEDOR / NOM LISIBLE DU RECEPTEUR</p> <p>Carlos Roberto Nascimento</p> <p>R.G.: 13.121.710-06</p> </div> <div> <p>RUBRICA E MAT DO EMPREGADO / SIGNATURE DE L'AGENT</p> <p>Magnor da Paiva</p> <p>Matr.: 8.950.466-1</p> </div> </div> |                   |
| DATA DE RECEBIMENTO / DATE DE LIVRATON                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                   |
| 09 SET 2019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |
| CARIMBO DE ENTREGA / UNIDADE DE DESTINO / BUREAU DE DESTINATION                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |
| <input type="checkbox"/> NATUREZA DO ENVIÓ / NATURE DE L'ENVOI<br><input type="checkbox"/> PRIORITARIA / PRIORITAIRE<br><input type="checkbox"/> EMS<br><input type="checkbox"/> SEGURADO / VALEUR DECLARÉ                                                                                                                      |                   |

ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO NO VERSO / ADRESSE DE RETOUR DANS LE VERSO

7524203-0 FC0463 / 16 114 x 166



Assinado eletronicamente por: KASMARY HENRIQUES DO O MELO - 02/10/2019 14:28:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100214283309100000024153535>  
 Número do documento: 19100214283309100000024153535

Num. 24961878 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 34

## CONTESTAÇÃO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815460653200000024601348>  
Número do documento: 19101815460653200000024601348

Num. 25440365 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 35



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA  
COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB.

Processo nº 0819426-07.2019.8.15.0001 (Processo Eletrônico)

**PARTE AUTORA: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA**

**PARTE RÉ: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A**

**ANTONIO EDUARDO GONÇALVES DE RUEDA**, brasileiro,  
casado, advogado inscrito na **OAB/PE nº 16.983 e OAB/PB nº 20.282-A**, vem, perante  
Vossa Excelência requerer a competente **HABILITAÇÃO** nos autos da ação em  
epígrafe, mediante juntada dos documentos em anexo.

**Na oportunidade, requer a V. Exa. que todas as intimações  
e/ou publicações sejam realizadas EXCLUSIVAMENTE em nome do Advogado  
ANTONIO EDUARDO GONÇALVES DE RUEDA, OAB/PE nº 16.983 e OAB /PB nº  
20.282-A, com escritório no endereço expresso no timbre desta, sob pena de  
nulidade das mesmas.**

Pede Deferimento.

De Recife/PE para Campina Grande/PB, 18 de outubro de 2019.

  
**ANTONIO EDUARDO GONÇALVES DE RUEDA**  
**OAB/PB 20.282-A**



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB.**

**Processo nº 0819426-07.2019.8.15.0001 (Processo Eletrônico)**

**SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, empresa seguradora com sede à Rua Senador Dantas n.º 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 09.248.608/0001-04, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA**, que lhe promove **JULIO CESAR SILVA SILVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vêm, mui respeitosamente e tempestivamente, à presença de Vossa Excelência apresentar sua **CONTESTAÇÃO**, com arrimo no art. 335 e seguintes do NCPC, pelas razões de fato e de direito a seguir aduzidas, esclarecendo, nos termos e para os fins do art. 334 do novo Código que, **antes da conclusão da prova pericial, não** tem interesse na composição consensual da lide.

Outrossim, requer a V. Exa., com espeque no art. 272, §§ 1º e 2º, do NCPC, que todas as intimações e/ou publicações sejam realizadas exclusivamente em nome do Advogado **ANTONIO EDUARDO GONÇALVES DE RUEDA, OAB/PE nº 16.983 e OAB/PB nº 20.282-A**, com escritório no endereço-na Estrada do Encanamento, 846, bairro de Casa Forte, Município do Recife, Estado de Pernambuco, CEP N° 52.171-011, inscrita no CNPJ/MF sob o n° 10.829.483/0001-95 e devidamente registrada perante a OAB-PE sob o n° 1205.

#### **|| DA TEMPESTIVIDADE PARA APRESENTAÇÃO DA CONTESTAÇÃO**

Primeiramente cumpre destacar a tempestividade da apresentação da presente peça de bloqueio, considerando-se que a juntada do AR referente à citação para apresentação de Contestação ocorreram em 02/10/2019, ocorre que o AR fora recebido dia 09/09/2019, conforme mostra carimbo desta Seguradora constante no mesmo, conforme é possível visualizar abaixo:

**1|**

**www.ruedaerueda.com.br** | Estrada do Encanamento, 846 - 14º ao 17º andar, Casa Forte, Recife - PE | CEP: 52171-011 | TEL.: 81 3128-6150



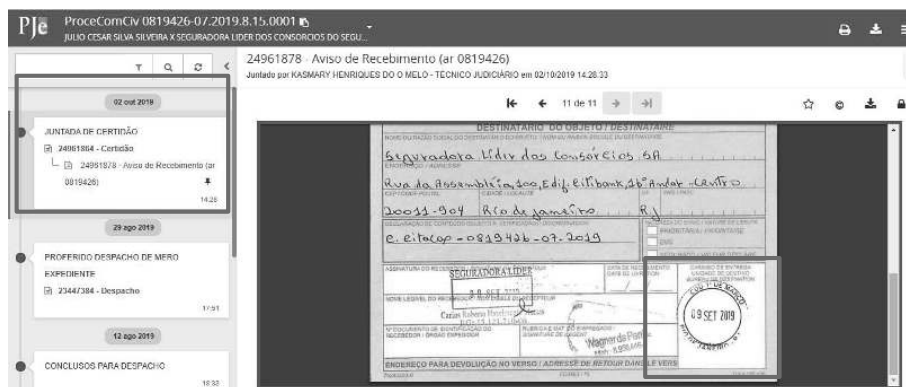
Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461108400000024601532>  
Número do documento: 19101815461108400000024601532

Num. 25440602 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 37



Considerando a disposição do art. 219 do Novo Código de Processo Civil, “na contagem de prazos em dias, estabelecido por lei ou pelo juiz, computar-se-ão somente os dias úteis”.

Desta feita, considerando que a Seguradora recebeu citação em 02/10/2019, o prazo para apresentação da peça bloqueio, esgota-se em 23/10/2019, sendo tempestiva a contestação protocolada nesta data.

## II | DAS ALEGAÇÕES AUTORAIS

Alega a parte autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente de trânsito ocorrido em **26/01/2019**, alegando em síntese que do sinistro ocorrido restou inválido permanente em virtude de lesão em membro.

Aduz ainda que, de posse de toda documentação necessária, realizou pedido administrativo referente ao valor da indenização correspondente ao Seguro Obrigatório de Veículos - DPVAT, e após a devida análise da documentação apresentada a seguradora ré efetuou o pagamento da verba indenizatória no importe total de **R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez PARCIAL e permanente da Parte Autora.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461108400000024601532>  
Número do documento: 19101815461108400000024601532

Num. 25440602 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 38

Irresignada, ingressou na via judicial, pleiteando a complementação da indenização por entender ser devida.

Ora, Excelência, não há que ser acolhido o valor alegado pela parte autora, ditos como corretos, para apreciação do teto indenizável, já que fora pago quantia referente à porcentagem lesionada apurada no caso apresentado. Conforme será demonstrado em tópico oportuno.

Destarte, sendo a invalidez graduada, de acordo com a Lei 6.194/74, o cálculo da reparação deve ser proporcional ao grau de invalidez, bem como a sua repercussão. Cuida-se de uma exigência do PRINCÍPIO DA IGUALDADE, que não admite sejam tratadas igualmente situações desiguais.

Por fim, ressalta esta seguradora, ora Ré, que se deve atentar para o fato de que a parte autora deve demonstrar provas do alegado na exordial, para não alegar fatos sem fazer a devida comprovação, como DETERMINADO POR LEI, induzindo assim este Juízo em erro.

### III | DA REALIDADE DOS FATOS

Ocorre que, conforme antecipado pela própria Parte Autora, após o aviso do sinistro e a sua devida regulação, fora realizado pagamento da indenização devida, em esfera administrativa, com base na lesão apurada a partir da documentação apresentada pela Parte demandante.

Após parecer técnico administrativo, apurou-se que a invalidez da Parte Autora, em que pese ser permanente, é apenas parcial. Desta feita, houve pagamento administrativo de acordo com o grau da lesão sofrida pela parte demandada.

Conforme se pode observar da documentação médica colacionada aos autos, a parte demandante foi diagnosticada com **FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA**.

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TÍBIA (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS). PÁG 4  
ALTA MÉDICA.

31



|                                           |
|-------------------------------------------|
| Diagnóstico Pré-Operatório                |
| <i>Lesão extensa do ombro do tipo (B)</i> |
| Tipo de Operação                          |
| <i>Artroscopia de fibrin (B)</i>          |

Uma vez diagnosticada que a lesão sofrida pela parte autora correspondente a um percentual de 25% (vinte e cinco por cento) de lesão do membro inferior, perfazendo a indenização securitária de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), valor este já com correção:

| DANOS                                                 |                                              |                                                      |           |                       |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |

Por outro lado, impende destacar que a Parte Autora não colacionou aos autos o laudo do IML, documento imprescindível para propositura da ação. Ora, a legislação aplicável é clara no sentido de que se faz necessário o laudo do Instituto Médico Legal - IML da jurisdição do acidente, devendo este quantificar as lesões apresentadas.

Ora, Excelência! Mesmo já indenizada, a parte autora provoca este MM juízo pleiteando o complemento da indenização securitária, o que, de fato, não faz jus, uma vez que já recebeu a quantia correta, conforme será demonstrado em tópico oportuno.



**BANCO DO BRASIL**

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/05/2019  
NUMERO DO DOCUMENTO:  
VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

BANCO: 001  
AGÊNCIA: 01634-9  
CONTA: 000000037229-3

Nr. da Autenticação D1EB9064E41E2D56

**É importante ressaltar que esta Seguradora Ré procedeu ao pagamento administrativo de valor correspondente à lesão suportada pelo demandante, de acordo com a legislação especial que trata do seguro obrigatório, tendo procedido ao pagamento correspondente ao grau da lesão constante da tabela contida na Lei 11.945/09, não havendo razão ou fundamento jurídico que permita que a demandante receba uma indenização no valor máximo, razão pela qual a presente demanda deverá ser julgada improcedente.**

**IV|DAS PRELIMINARES**

**IV.1| FALTA DE INTERESSE DE AGIR ANTE A EXISTÊNCIA DE QUITAÇÃO EM SEDE DE REGULAÇÃO ADMINISTRATIVA**

Mesmo que ultrapassada a argumentação já trazida à baila, há também de se trazer a colação, nem que seja apenas por amor ao debate, os motivos pelos quais deve a presente demanda ser extinta sem resolução de mérito por falta de interesse de agir do autor, ante a plena e total quitação dada em sede de regulação administrativa.

51



Como bem restou comprovado nos autos, o demandante já recebera o que lhe era devido, tendo em vista que após rigoroso tramite de regulação administrativa, lhe fora realizado pagamento referente a indenização securitária do Seguro Obrigatório, em total consonância com o que determina a Legislação vigente, conforme MEGADATA em anexo.

Ainda, há de se ressaltar que o demandante, quando do pagamento supra mencionado, deu plena, geral e irrestrita quitação dos valores a que tinha direito, sem qualquer ressalva, dando vazão a caracterização do ato jurídico perfeito e acabado, não restando nada mais a receber da demandada.

É a interpretação que se abstrai da leitura dos Arts. 319 e 320 do Código Civil. Veja-se:

***“Art. 319. O devedor que paga tem direito a quitação regular, e pode reter o pagamento, enquanto não lhe seja dada.”***

***“Art. 320. A quitação, que sempre poderá ser dada por instrumento particular, designará o valor e a espécie da dívida quitada, o nome do devedor, ou quem por este pagou, o tempo e o lugar do pagamento, com a assinatura do credor, ou do seu representante.***

***Parágrafo único. Ainda sem os requisitos estabelecidos neste artigo valerá a quitação, se de seus termos ou das circunstâncias resultar haver sido paga a dívida.”***  
***(Grifos nosso)***

Quanto a matéria ora tratada, leciona a ilustre Maria Helena Diniz<sup>1</sup> que “(...) a prova do pagamento é a quitação, que consiste num documento em que o credor ou seu representante, reconhecendo ter recebido o pagamento de seu crédito, exonera o devedor da obrigação”, e que “tal quitação engloba a quitação dada por meios eletrônicos ou por quaisquer formas de comunicação a distancia, assim entendida aquela que permite ajustar negócios jurídicos e praticar atos jurídicos sem a presença corpórea simultânea das partes ou de seus representantes”. Indo mais além, afirma que mesmo que a quitação não contenha os requisitos exigidos no *caput* do art. 320, terá validade se de seus termos ou das circunstâncias se puder inferir que o débito foi pago e o devedor exonerado. Em caso de dúvida, o julgador poderá admitir o pagamento de

<sup>1</sup> Diniz, Maria Helena. Código Civil anotado/Maria Helena Diniz – 15. ed. rev. e atual. – São Paulo, 2010. Pags. 304 e 305.



dívida, mediante depósito bancário feito pelo devedor em conta-corrente do credor, no qual, em regra, não há menção de débito pago”.

Indo mais além, ressalta Silvio de Salvo Venosa<sup>2</sup>, que se ressalva alguma for feita no instrumento de quitação, entende-se que esta engloba todo o débito.

No caso telado, confessa a parte autora já ter recebido os valores devidos a título de indenização, restando por esse motivo inviabilizada a pretensão de recebimento de indenização complementar. É exatamente este o entendimento externado pelo STJ:

*“Processo civil. defensoria pública. assistência judiciária. resolução da procuradoria-geral do estado de são paulo. diferença entre os honorários arbitrados judicialmente e o constante da resolução pge-sp. cobrança. impossibilidade. precedente. O advogado que aderiu aos critérios estabelecidos na citada Resolução da Procuradoria-Geral, recebendo os honorários respectivos sem ressalvas e dando plena, geral e irretratável quitação, não pode pleitear qualquer diferença do Estado. Inocorrência de violação do art. 22 da Lei 8906/94. Recurso especial improvido.” (STJ RESP 280169 / SP; RECURSO ESPECIAL 2000/0099240-2, DJ DATA:05/08/2002 PG:00233 RSTJ VOL.:00160 PG:00203, Min. FRANCISCO PEÇANHA MARTINS, 23/04/2002, T2 - SEGUNDA TURMA).*

Isto posto, resta evidente a falta de interesse de agir, uma vez que a indenização securitária foi totalmente adimplida em sede de regulação administrativa, não restando ao autor nenhum direito creditório em face da demandada.

#### IV. 2] DA AUSÊNCIA DE DOCUMENTAÇÃO IMPRESCINDIVEL AO EXAME DA QUESTÃO - LAUDO DO IML

Ao analisar os fatos trazidos na peça vestibular constata-se que a parte autora alega ter sofrido acidente automobilístico, o qual restou inválido permanentemente, pretendendo assim o recebimento da indenização do seguro DPVAT.

<sup>2</sup>Venosa, Silvio de Salvo. Direito civil: teoria geral das obrigações e teoria geral dos contratos/ Silvio de Salvo Venosa. – 10. ed. – São Paulo: Atlas, 2010. – (Coleção direito Civil; v. 2). Pag. 198.



Pois bem. Conforme o disposto no art. 5º, § 5º da lei nº 6.194/74, com a alteração imposta pela medida Provisória nº 451/08, cabe à parte autora instruir a inicial com o documento médico quantificando as lesões, apontando o percentual a ser aplicado ao valor da cobertura. Senão vejamos:

**§ 5º - O instituto médico legal da jurisdição do acidente também quantificará as lesões físicas ou psíquicas permanentes para fins de seguro previsto nesta lei, em laudo complementar, no prazo médio de noventa dias do evento, de acordo com os percentuais da tabela das condições gerais de seguro de acidente suplementada, nas restrições e omissões desta, pela tabela de acidentes do trabalho e da classificação internacional das doenças."**

Nesse sentido é o entendimento dos nossos Tribunais:

**A Lei nº 11.945/2009, que alterou o art. 3º da Lei nº 6.194/74, exige a instrução da inicial de cobrança do seguro obrigatório com laudo do IML, para comprovar o grau de incapacidade da vítima (Tribunal de Justiça de Minas Gerais. Apelação Cível nº 1.0433.11.024892-2/001. Relatora. Evangelina Castilho Duarte).**

**PROCESSO CIVIL.DPVAT. IMPOSSIBILIDADE DE DECIDIR A DEMANDA SEM O GRAU DE INVALIDEZ. LAUDO MEDICO PARTICULAR. PROVA UNILATERAL INVALIDA. NECESSIDADE DE LAUDO DO IML. APELAÇÃO IMPROVIDA. 1.Impossibilidade de decidir a causa sem a quantificação das lesões com o laudo do IML, no presente caso, o apelante não fez requisição para perícia médica. 2. Laudo médico particular que não constituiu o grau de lesões sofridas pelo autor, além disso, trata-se de prova unilateral, elaborada sem o crivo do contraditório, não podendo ser considerada. Precedentes STJ. 3.Aplicação da súmula 474 do STJ, necessidade de quantificação do grau da lesão. 4.Apelação improvida. 5.Decisão Unânime. (TJ-PE - APL: 496813920108170001 PE 0049681-39.2010.8.17.0001, Relator: Stênio José de Sousa Neiva Coêlho, Data de Julgamento: 12/12/2012, 5ª Câmara Cível, Data de Publicação: 233)**

É sabido que o pagamento do seguro obrigatório DPVAT é vinculado ao grau da invalidez permanente, inclusive fixado por Resolução do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP, com fundamento no caput do artigo 12 da Lei nº 6.194/74 que normatiza, razão pela qual torna-se imprescindível a comprovação da quantificação



da lesão sofrida no acidente automobilístico para fins de gradação ao valor indenizatório.

Desta feita, analisando atentamente os presentes autos, constata-se que **não fora juntado aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal** certificando, com a exatidão que a lei determina, o percentual de invalidez da parte autora e qual o grau de redução funcional que porventura atingiu a mesma, elementos imprescindíveis para que se possa fixar, de maneira correta, a indenização devida, de acordo com tabela específica, como previsto em lei e normas disciplinadoras.

Assim, tendo em vista que a parte autora declina a apresentar documento imprescindível para a propositura da demanda, comprovando devidamente a alegada invalidez, bem como o grau da lesão para fins de apuração do quantum devido, roga a esse MM Juízo pela extinção do feito, inclusive em conformidade ainda ao **artigo 319, inciso VI e 320, do Novo Código de Processo Civil** em que determina que compete à parte autora instruir a petição inicial, com provas indispensáveis para comprovar suas alegações.

Caso não haja cumprimento pela parte autora, de rigor a aplicação do parágrafo único do **art. 321** e, por conseguinte, a rejeição da pretensão inicial, julgando extinta a ação na forma do **art. 485, inciso I e IV**, todos da Lei Adjetiva Civil.

#### V|DO MÉRITO

---

Afora as questões processuais acima declinas, outras, de mérito, impõem a improcedência dos pedidos formulados pelos Requerentes.

Nos itens seguintes, esta SEGURADORA RÉ procederá com o combate dos itens de defesa alegados pela PARTE AUTORA em sua Exordial, comprovando a inconsistência de seus argumentos e a necessidade de reconhecimento da improcedência total da ação promovida perante este MM. Juízo:



**V.1 | DA APLICABILIDADE DAS SÚMULAS 474 E 544 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
- INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - NECESSIDADE DE GRADUAÇÃO DA LESÃO**

A presente demanda tem por objeto a cobrança de indenização securitária decorrente de acidente de trânsito coberto pelo Seguro Obrigatório DPVAT, sob a alegação de suposta invalidez permanente.

É certo que nos casos de invalidez permanente há que se apurar o grau da lesão suportada pela vítima, mediante laudo médico pericial exarado pelo IML, podendo ser total ou parcial e, se parcial, completa ou incompleta.

Mesmo antes da edição da Lei 11.945/09, que instituiu a tabela de graduação da invalidez, a Lei 6.194/74 já havia previsto o critério da proporcionalidade em seu art. 3º, "b", e art. 5º, §5º, para quantificar as lesões.

Ademais, a tese da proporcionalidade teve como *leading case* no STJ o Resp. 1119614/RS, 4ª Turma, Rel. Ministro Aldir Passarinho Junior, lecionando o seguinte:

***"(...) I - Em caso de invalidez parcial, o pagamento do seguro DPVAT deve, por igual, observar a respectiva proporcionalidade (...)"***

Corroborando com a decisão supra, o STJ pacificou o entendimento de que as indenizações securitárias pagas a título de seguro DPVAT, em casos de invalidez permanente parcial, devem ser verificadas de acordo com a proporcionalidade do grau de invalidez, de acordo com a **Súmula 474**:

***"A indenização do Seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."***

Para se apurar o grau de invalidez e adequar a lesão ao pagamento da indenização devida, criou-se a tabela de quantificação do dano que passou a vigorar por meio da edição da Lei 11.945/09.

Para embasar seu pedido a parte autora sustenta que sua pretensão encontra-se amparada pela Lei nº 6.194/74, a qual prevê a indenização no valor de ATÉ R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) para os casos de invalidez permanente, devendo-

**10 |**



se observar que a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, sendo esta última subdividida em completa (100%) e incompleta (10, 25, 50 e 75%).

É o que se ver:

*Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:*

*(...)*

*II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e*

*III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.*

*§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:*

*I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e*

*II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais. (grifo nosso)*

**Sendo assim, a Legislação é bastante clara ao dispor que em casos de invalidez permanente, o pagamento será em conformidade com a lesão suportada pelo autor, bem como o grau de invalidez apurado em laudo pericial.**

11|



Assim, vale ressaltar que a parte autora não faz jus a verba indenizatória integral, referente à indenização de seguro DPVAT, visto tratar-se o caso em questão de **invalidez parcial**, acrescentando a ré que o entendimento do Superior Tribunal de Justiça está em consonância com o art. 5º, §5º da lei 6.194/74, onde se depreende que o laudo pericial, exarado pelo IML, deverá ser apresentado com a indicação do grau e percentual da invalidez para fins de indenização.

Inconteste a relevância da supracitada tabela para a realização do cálculo das indenizações do seguro obrigatório DPVAT, conforme corroborado com a recente **Súmula 544** publicada pelo **STJ** em 31/08/2015, que ressalta a validade da aplicação da tabela do CNSP inclusive na hipótese de sinistros anteriores a publicação da MP 451/2008, senão vejamos:

**"Súmula 544 - É válida a utilização de tabela do Conselho Nacional de Seguros Privados para estabelecer a proporcionalidade da indenização do seguro DPVAT ao grau de invalidez também na hipótese de sinistro anterior a 16/12/2008, data da entrada em vigor da Medida Provisória n. 451/2008."**

Certo de que o autor não juntou à exordial documento hábil a comprovar a extensão do dano sofrido, tem-se pela total improcedência do pleito autoral, visto que o pagamento da indenização securitária em sua integralidade é devido apenas nos casos em que constatada a invalidez permanente total.

Dessa forma, dever-se-ia a parte autora comprovar a proporcionalidade do grau de invalidez suportado, o que não restou evidenciado nos autos, fulminando, assim, com toda e qualquer pretensão a uma indenização integral.

Posto isto, requer-se, acaso verificada a existência de invalidez, seja observado o disposto na Súmula acima citada, devendo-se levar em consideração a graduação da lesão da parte demandante para fins de liquidação da indenização securitária.

12|



## V. 2 | EXTINÇÃO DO FEITO COM JULGAMENTO DO MÉRITO - QUITAÇÃO TOTAL EM VIA ADMINISTRATIVA

---

É incontroverso na presente demanda que a parte autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em questão.

**Excelência, a parte Autora vem requerer perante este Juízo reajuste no valor da indenização securitária, uma vez que já recebeu administrativamente a quantia de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), conforme se pode inferir do MEGADATA apresentado no início dessa peça.**

No caso, tem-se uma situação clara de pura e irrestrita a liquidação do seguro DPVAT, com a consequente extinção da obrigação indenizatória, uma vez que o pagamento fora devidamente realizado conforme documentação em anexo e confissão da própria Parte Autora.

Pois, ocorre que com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro, ou seja, a ora ré.

Sucede que, em posse da documentação indicada, a parte Autora já socorreu a esta Seguradora, afim de pugnar pelo recebimento da indenização, o que fora devidamente realizado.

Desta feita, faz-se necessário observar o total descabimento da demanda pleiteada, que vem apenas utilizar-se do Judiciário com o intuito de ludibriar, acionando a máquina jurisdicional afim de gastar apenas tempo e dinheiro que poderiam estar sendo investidos em casos que merecerem, de fato, amparo legal e atenção desde Magistrado.

Subsistindo óbice intransponível ao suposto direito da parte autora, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos Arts. 17º e 487, inciso I, do Novo Código de Processo Civil de 2015.

13|



### **V.3 | DO INTERESSE NA PRODUÇÃO DE PROVA PERICIAL E DA GARANTIA DO DIREITO DE DEFESA**

---

Como se sabe, a indenização do Seguro DPVAT, em casos de invalidez permanente, deve ser paga em conformidade com o alegado através de perícia médica. Certo é que, todos os casos de indenização por invalidez, deverão passar por rigorosa perícia médica, para que seja verificado o GRAU de debilidade do membro afetado, em absoluta consonância com a Lei, que estipula o percentual máximo para cada caso.

**Excelência, é de total interesse desta Seguradora, ora ré, a produção de prova pericial, pois estamos diante de uma divergência que somente poderá ser dirimida com a realização de tal exame.**

Ocorre que, a parte autora jamais poderia afirmar estar inválida totalmente, sendo que este fato só poderá ser comprovado com o Laudo de Exame Pericial, eis que urge a imperiosa necessidade da realização de prova pericial.

Desta feita, a parte Ré informa que tem total interesse na realização da prova pericial, dirimindo assim as dúvidas que pairam sobre o direito autoral.

### **V.4 | DOS JUROS E CORREÇÃO MONETÁRIA**

---

Com relação aos juros de mora, bem como a correção monetária, em caso de eventual condenação, o que definitivamente não espera, é imprescindível que seja analisada a questão acerca da data de início da contagem dos respectivos.

Conforme o disposto no artigo 240 da Nova Lei Processual Civil vigente de 2015, que, ao dispor constituir em mora o devedor a partir da citação válida, entende a Seguradora, ora ré, que o marco inicial para o cômputo dos juros moratórios deve ser a data de sua citação para responder os termos da presente ação, como pode se ver no art. 405 do Código Civil. Vejamos:

**14 |**



***"Art. 405 Contam-se os juros de mora desde a citação inicial."***

Na mesma esteira, pacificou o STJ, vejamos:

***"Súmula 426 - Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação."***

Com relação à correção monetária, é crucial que seja analisada a questão com base na Súmula 580 do STJ, ou seja, a partir do evento danoso, senão vejamos:

***"Súmula 580 - A correção monetária nas indenizações de seguro DPVAT por morte ou invalidez, prevista no parágrafo 7º do artigo 5º da Lei 6.194/1974, redação dada pela Lei 11.482/2007, incide desde a data do evento danoso."***

Portanto, na hipótese de condenação da Ré, o que verdadeiramente não acredita, requer que os juros moratórios sejam contados a partir da citação válida, conforme disposto no art. 405 do Código Civil e que se incida correção monetária a partir do evento danoso, tendo em vista o esposado na Súmula 580 do STJ, face aos argumentos suscitados na presente contestação.

## **V.5 | DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Resta claro ainda que sob nenhum aspecto cabe o pedido da parte autora no sentido de pleitear a descabida monta de 20% de honorários nesta demanda, haja vista que desta forma pretende violar dispositivo de lei.

Assim, diante do disposto no art. 85, § 2º do Novo Código de Processo Civil de 2015, observa-se que o percentual máximo permitido, nos casos previstos nos incisos do parágrafo 2, tendo em vista os parâmetros objetivos ligados a complexidade da causa, é de 20% (vinte por cento):

**Art. 85. A sentença condenará o vencido a pagar honorários ao advogado do vencedor.**

**15 |**



[...]

**§ 2º Os honorários serão fixados entre o mínimo de dez e o máximo de vinte por cento sobre o valor da condenação, do proveito econômico obtido ou, não sendo possível mensurá-lo, sobre o valor atualizado da causa, atendidos:**

**I - o grau de zelo do profissional;**

**II - o lugar de prestação do serviço;**

**III - a natureza e a importância da causa;**

**IV - o trabalho realizado pelo advogado e o tempo exigido para o seu serviço.**

Ora, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, tornando-se assim, injustificável o pedido de honorários no patamar de 20% (vinte por cento), o que ora se requer seja julgado totalmente improcedente.

Não fosse isso o bastante, tal pleito se faz demasiadamente severo, tendo em vista que restou comprovado que a Seguradora em momento algum agiu com intuito protelatório, muito menos de má-fé, agiu apenas em consonância com a determinação do órgão que regula o convênio DPVAT.

Ressalte-se por fim que, em caso de eventual condenação, seja verificada o teor do artigo 86, caput do NCPC/2015, se ambas as partes forem vencedor e vencido nos pedidos do processo, o ônus de sucumbência dos honorários será proporcionalmente distribuídos entre autor e réu, senão vejamos:

**“Art. 86 - Se cada litigante for, em parte, vencedor e vencido, serão proporcionalmente distribuídos entre eles as despesas”.**

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, o que não acredita, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja proporcionalmente distribuído, conforme supracitado.

**16|**



## VI|REQUERIMENTOS FINAIS

Ante o exposto, é a presente para requerer de V. Exa, preliminarmente:

- a) **Determinar o depoimento pessoal da Parte Autora<sup>3</sup>**, com a intenção de esclarecer sobre a verdade dos fatos alegados à exordia;
- b) Seja acolhida a preliminar de extinção de feito sem resolução de mérito, diante da ausência de interesse de agir, uma vez que a indenização securitária foi totalmente adimplida em sede de regulação administrativa, não restando ao autor nenhum direito creditório em face da demanda;
- c) Seja acolhida a preliminar de extinção de feito sem resolução de mérito, face a ausência de juntada de documento indispensável a propositura da ação - Laudo IML, com base no art. 320, art. 321 c/c Art. 485, inc I do NCPC/2015;

Caso ultrapassadas as preliminares, requer seja no mérito reconhecida a total improcedência do pleito autoral para:

- a) Acolher a incidência da Lei 6.194/74, com todas as suas alterações, considerando que a PARTE AUTORA não comprovou a sua situação de invalidez permanente, não fazendo jus ao pagamento de qualquer indenização fora o que já foi realizado de forma administrativa - **R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**;
- b) Caso assim não entenda este MM. Juízo, pela improcedência de plano do pleito autoral, requer seja determinada a produção de prova pericial, nos termos da legislação aplicável, a fim de comprovar a proporcionalidade da invalidez alegada pela Parte Autora, uma vez que a Seguradora Ré já cumpriu integralmente sua obrigação quando do pagamento administrativo;

<sup>3</sup>Art. 385 do NCPC: Cabe à parte requerer o depoimento pessoal da outra parte, a fim de que esta seja interrogada na audiência de instrução e julgamento, sem prejuízo do poder do juiz de ordená-lo de ofício.



- c) Em caso de eventual condenação, o que definitivamente não se acredita que seja levado em consideração o grau de lesão suportada pela PARTE AUTORA, que deverá ser calculada sobre o patamar máximo indenizável para o presente caso, conforme Tabela de Cálculo para as Indenizações por Invalidez, e que seja levada em consideração a data do sinistro ocorrido para o cálculo da condenação, abatendo-se os valores devidamente pagos;
- d) Ainda em caso de eventual condenação, o que se cogita por mero amor ao debate, que os juros apenas incidam a partir da data de citação, e a correção monetária a partir do evento danoso, em conformidade com a súmula 580 do STJ;
- e) Na remota hipótese de condenação, caso haja fixação de honorários de sucumbência, que seja considerado o teor do Art. 86, caput do CPC, devendo os honorários serem proporcionalmente distribuídos.

Protesta por todos os meios de prova em direito admitidos, em especial, a produção de prova pericial, a juntada de documentos, a ouvida de testemunhas e o depoimento pessoal da PARTE AUTORA, sob pena de confesso.

Por fim, os patronos subscritores da presente peça dão por autênticos os documentos acostados aos autos pela Ré, nos termos do artigo 425, inciso VI do Novo Código de Processo Civil de 2015.

Ao final, a condenação da PARTE AUTORA nas custas e em honorários advocatícios em favor da Seguradora Ré nos termos do art. 85, § 2º c/c art. 86 do NCPC/2015.

Termos em que,

Pede e espera deferimento.

De Recife/PE para Campina Grande/PB, 18 de outubro de 2019.

  
**ANTONIO EDUARDO GONÇALVES DE RUEDA**  
OAB/PB 20.282-A

18|



**ROL DE QUESITOS (ANEXO I)**

- 1. Queira o Sr. Perito informar, detalhadamente, quais são as lesões atualmente apresentadas pelo Autor e se as mesmas decorrem (ou não) do acidente relatado na petição inicial;**
- 2. Queira o Sr. Perito informar se das referidas lesões decorreu alguma invalidez ou incapacidade para o Autor e, em caso positivo, qual o seu respectivo grau de extensão, bem ainda se a mesma é definitiva ou meramente provisória;**
- 3. Queira o Sr. Perito informar se eventual tratamento médico poderia eliminar ou minorar as lesões já existentes e, em caso positivo, especificar;**
- 4. Queira o Sr. Perito justificar as suas conclusões e esclarecer o que mais entendam necessário para o deslinde da causa.**
- 5. A vítima já foi submetida aos tratamentos médicos capazes de minimizar o dano? É acometida de invalidez permanente?**
- 6. Em caso de invalidez permanente, esta é decorrente do acidente narrado pela parte Autora na petição inicial ou oriunda de circunstância anterior?**
- 7. Restando constatada a invalidez permanente, esta caracteriza-se como TOTAL ou PARCIAL?**
- 8. Em sendo comprovada a invalidez permanente PARCIAL, é completa ou incompleta? Qual o grau apresentado?**

**19|**



**ANEXO II**

(Incluído pela Medida Provisória nº 451, de 2008).  
(art. 3º da Lei nº 9.164, de 19 de dezembro de 1974)

| DANOS CORPORAIS PREVISTOS NA LEI                                                                                                                                                                                                                                                                                       | PERCENTUAL DA PERDA (%)        | TOTAL (100%)        | INTENSA (75%)        | MÉDIA (50%)        | LEVE (25%)        | RESIDUAL (10%)        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                                                                                                   | 100                            | R\$ 13.500,00       | R\$ 10.125,00        | R\$ 6.750,00       | R\$ 3.375,00      | R\$ 1.350,00          |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                                                                                            |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                                                                                                  |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                                                                                             |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                   |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| <b>DANOS CORPORAIS SEGMENTARES (PARCIAIS) REPERCUSSÕES EM PARTES DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES</b>                                                                                                                                                                                                                | <b>PERCENTUAL DA PERDA (%)</b> | <b>TOTAL (100%)</b> | <b>INTENSA (75%)</b> | <b>MÉDIA (50%)</b> | <b>LEVE (25%)</b> | <b>RESIDUAL (10%)</b> |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                              | 70                             | R\$ 9.450,00        | R\$ 7.087,50         | R\$ 4.725,00       | R\$ 2.362,50      | R\$ 945,00            |

201



|                                                                                                        |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                   |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                  |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho | 50                             | R\$ 6.750,00        | R\$ 5.062,50         | R\$ 3.375,00       | R\$ 1.687,50      | R\$ 675,00            |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                       |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                        | 25                             | R\$ 3.375,00        | R\$ 2.531,25         | R\$ 1.687,50       | R\$ 843,75        | R\$ 337,50            |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                        |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| <b>DANOS CORPORAIS SEGMENTARES (PARCIAIS) OUTRAS REPERCUSSÕES EM ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CORPORAIS</b>     | <b>PERCENTUAL DA PERDA (%)</b> | <b>TOTAL (100%)</b> | <b>INTENSA (75%)</b> | <b>MÉDIA (50%)</b> | <b>LEVE (25%)</b> | <b>RESIDUAL (10%)</b> |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                   |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                 | 10                             | R\$ 1.350,00        | R\$ 1.012,50         | R\$ 675,00         | R\$ 337,50        | R\$ 135,00            |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                            |                                |                     |                      |                    |                   |                       |



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento não é equivalente ao de caixa.

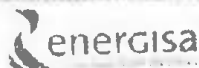
Documento emitido em nome da rede de distribuição de energia elétrica Nº 003.301.488



ENERGISA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
RUA 239 - KM 106 - Alto Sudoeste - Itaipava - Curitiba - PR - CEP 83425-70  
CNPJ 03.024.986/0001-05 - Insc. Est. 16.302.839-1

|                                                                                            |              |         |                            |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|----------------------------|---------------|
| NOME DO CLIENTE                                                                            |              |         | CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR |               |
| DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES<br>RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR<br>QUEIMADAS |              |         | 4/201316-7                 |               |
| REFERÊNCIA                                                                                 | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO                 | TOTAL A PAGAR |
| MAR/2019                                                                                   | 19/03/2019   | 118     | 26/03/2019                 | R\$ 78,67     |

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES  
Rotatiro: 11-403-351-2350  
83660000000-1 78670007000-0 02013162019-5 03900403019-1

|            |               |                  |
|------------|---------------|------------------|
| VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR | MATRÍCULA        |
| 26-03-2019 | R\$ 78,67     | 201316-2019-03-0 |



SABEMI - REC EM 29 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 58



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



ATENDIMENTO URGÊNCIA  
PRONT (B.E) Nº: 1820896 CLASS. DE RISCO: VERMELHO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES Cnpj: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Roldano Peixoto, 4700 - Malinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 26/01/2019  
Bairro: de Emergência (B.E) - Modelo 07 Agente: Lúcia Verônica Silva Coutinho  
PACIENTE: JULIO CESAR SILVA CEP: 58120000 Nascimento: 30/11/1993  
SILVEIRA Sexo M Telefone: 81652110  
Endereço: SÍTIO CAJAZEIRAS Idade: 025 Bairro: ZONA RURAL  
Cidade: Massaranduba RG. Nº. 0 Profissão: PINTOR  
Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA CPF. CNES: 705504483479610  
Responsável: Estado de Alagoas 26/01/2019 CONVÊNIO: SUS  
Motores: ACIDENTE DE MOTO Hora: 10:15:05 Especialidade:  
Médico: CRM:

OBS FICHA:  
MECANISMOS DO TRAUMA  
LOCAL DA LESÃO (Indicar o local com o número correspondente ao lado)

|                       |                                      |
|-----------------------|--------------------------------------|
| 1. Abração            | 19. Fratura óssea fechada            |
| 2. Amputação          | 20. Fratura óssea aberta             |
| 3. Asfixia            | 21. Hematoma                         |
| 4. Contusão           | 22. Ingestão de veneno               |
| 5. Crepitação         | 23. Laceração                        |
| 6. Dor                | 24. Lesão tendão                     |
| 7. Edema              | 25. Luxação                          |
| 8. Empalme            | 26. Mordedura                        |
| 9. Entalhe subcutâneo | 27. Mordedura com ferimento profundo |
| 10. Envenenamento     | 28. Objeção de corpo estranho        |
| 11. Equimose          | 29. Queimadura                       |
| 12. F. Arma branca    | 30. Paralisia                        |
| 13. F. Arma de fogo   | 31. Pericardite                      |
| 14. F. Cortesão       | 32. Pericardite                      |
| 15. F. Cortante       | 33. Queimadura                       |
| 16. F. Contusão       | 34. Rinite                           |
| 17. F. Perfuração     | 35. Sinais de isquemia               |
| 18. F. Perfuração     | 36                                   |

OBS:  
QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = %  
DIAGNÓSTICO / CID: S01.001A

SABENII - REC EM 29 ABR 2019

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS  
VACINADO COMPLETO, NÃO USUÁRIO DE TABACO, ALERGIA A ALGUNS ALIMENTOS, SEM PRONUNCIADA HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS, SEM DOENÇAS CRÔNICAS.

ALERGIA:  
MEDICAMENTOS:  
PATOLÓGIAS:  
EXAME FÍSICO  
PUPILAS (A) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )  
Glasgow 15 PR HGT Sat02  
AUXÍLIO PARA EXAME FÍSICO  
AUXÍLIO PARA EXAME FÍSICO  
AUXÍLIO PARA EXAME FÍSICO  
AUXÍLIO PARA EXAME FÍSICO

EXAMES SOLICITADOS:  
( ) Laboratoriais  
( ) Gasometria arterial  
( ) Tomografia computadorizada  
( ) Ultrassonografia  
( ) Radiografias

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:  
Especialista: ORTOPEDIA  
Especialista: 1  
MÉDICO SOLICITANTE  
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUZAS  
HORARIO REALIZADO  
1. DILATADORA SANG/M - 01/10/2019 - 01/10/2019 (SEM EFEITO)  
2. 11/10/2019  
3. 11/10/2019  
4. 11/10/2019  
5. 11/10/2019  
6. 11/10/2019

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:  
Dr. Suelio Moreira Torres  
CRM 15561-PA

JULIO CESAR SILVA SILVEIRA  
ST CAUZEIRAS, SA - AGRICULTURAL  
MASSARANDUBA/PS CEP: 58120000 (AO 401)



Ligação MONOFÁSICO  
Causa: RES MTC B / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro 4 - R07 - 718 - 7200  
Núcleo: 00000070775  
Emissão: 08/04/2019

ENERGISA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
R. 230, km 159 - Aq. Sudoeste - Trilô Imã - Campina Grande/PB - CEP 56423-700  
CNPJ 08.826.586/0001-65 InscEst 16.202.828-1

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 003 230 757  
Cda. por Rec. Automático - 00000070775

|  | Mar / 2019 | 08/03/2019 | 08/04/2019 | 112.088.904-87 |
|--|------------|------------|------------|----------------|
|  |            |            |            |                |
|  |            |            |            |                |
|  |            |            |            |                |

| Data                             | Letura | Data     | Letura | 1     | 63   | 31   |
|----------------------------------|--------|----------|--------|-------|------|------|
| 07/03/19                         | 2816   | 08/03/19 | 2872   |       |      |      |
| Tabela de Tarifas                |        |          |        |       |      |      |
| Tabela Total (R\$) ICMS 9% CMR   |        |          |        |       |      |      |
| Paisagem (R\$) (1,084%) (4,955%) |        |          |        |       |      |      |
| 3801 Consumo em kWh              | 60.000 | 0.764810 | 42,27  | 42,27 | 25   | 0,00 |
| 3807 CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA        |        |          | 11,45  | 0,00  | 0    | 0,00 |
|                                  |        |          |        | 0,60  | 0,60 | 0,00 |

CO: Código de Classificação de sem TOTAL 63,72 42,27 0,60 42,27 0,60 2,11  
Tabela T-Tabaco 3521560

|        |        |         |        |        |        |        |        |        |        |        |
|--------|--------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 63     | 25     | 30      | 40     | 46     | 48     | 49     | 81     | 83     | 85     | 88     |
| Mar/19 | Abr/19 | Maio/19 | Jun/19 | Jul/19 | Ago/19 | Set/19 | Out/19 | Nov/19 | Dez/19 | Jan/20 |

RESERVADO AO FISCO  
c7Cb.c865.c1fc.a6c8.0303.1228.2f2e.752c

| Descrição                             | Valor (R\$) | %      |
|---------------------------------------|-------------|--------|
| Despesa de (Imp. de Energia Elétrica) | 2,15        | 7,04   |
| Despesa de Energia                    | 15,28       | 50,44  |
| Despesa de Transmissão                | 1,84        | 5,81   |
| Despesa de Distribuição               | 2,70        | 8,47   |
| Impostos e Contribuições e Encargos   | 24,57       | 76,74  |
| Outros Serviços                       | 3,00        | 9,30   |
| Total                                 | 63,72       | 100,00 |

Valor de SUSEC (Art. 1º, II, Lei nº 4.767/65) R\$ 2,70

Declaro que a presente conta de energia elétrica foi emitida em conformidade com as condições de uso e as tarifas aprovadas pelo Conselho Regulador de Energia Elétrica do Estado de Pernambuco (CONEP) e pelo Conselho Nacional de Energia Elétrica (CNEE).

Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

SABEM - REC-EM 29 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 60

## 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: 112.069.904.57 Nome completo da vítima: Julio Cesar Silva Silveira

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

Nome completo: Julio Cesar Silva Silveira CPF: 112.069.904.57

Profissão: Recuso Informar Endereço: Sítio Capangas Número: 511 Complemento: Casa

Bairro: Zona Rural Cidade: Maratumbá Estado: PB CEP: 58120-000

E-mail: Contabilizaguarant@outlook.com Tel (DDD): (83) 98701-7380

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

**RENDA 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 (001)

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1634 9 CONTA: 37.229 3  
(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 (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda 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 5.194/74, 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 (ou 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider, 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.

Local e Data: Campanha Grande 30/03/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura de quem assina A ROGO  
Julio Cesar Silva Silveira  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (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 conteúdo 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: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 61



GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES E  
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCCORRÊNCIA Nº 000058/19

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000058/19 registrada em 26/03/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e seis dias do mês de março do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:48 horas, compareceu o Sr. JULIO CESAR SILVA SILVEIRA, com 25 anos de idade, filho de ANTONIO LOPES DA SILVA e MARIA LÚCIA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PARAIBA - PB, Solteiro, escolaridade Medio Incompleto, profissão , portador da Cédula de Identidade Nº 3.956.191. expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 11206990457, residindo à rua SÍTIO CAJAZEIRAS, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de MASSARANDUBA - PB.

#### Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 09h30min do dia 26.01.2019, estava trafegando pela Rodovia BR 104, no sentido Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 160 STAR, ano/modelo 2018/2018, cor preta, chassi nº 9C2KC2500JR132232, de placa QSD-1758/PB, licenciada em nome de Lucas Carvalho da Silva, quando na altura do Km 134 reduziu a velocidade para passar por um quebra molas e acabou sendo atingido na parte de trás por um veículo de marca, cor, placas e demais características que ignora, inclusive o condutor, fazendo com que o comunicante fosse jogado ao solo, sofrendo fratura de tibia e escoriações pelo corpo, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos cirúrgico, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais da PRF, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de acidente de Trânsito; Que, na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 26 de Março de 2019

JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Declarante

Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

SABENII - REC. EM 29 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 62

## 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: 112.069.904.57 Nome completo da vítima: Julio Cesar Silva Silveira

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

Nome completo: Julio Cesar Silva Silveira CPF: 112.069.904.57

Profissão: Recuso Informar Endereço: Sítio Capangueiras Número: 511 Complemento: Casa

Bairro: Zona Rural Cidade: Maracanaú Estado: CE CEP: 61200-000

E-mail: Contabilizaguarant@outlook.com Tel (DDD): (83) 98701-7380

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

**RENDA 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 (001)

AGÊNCIA:  CONTA:

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

AGÊNCIA: 1634 CONTA: 37.229

(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 (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda 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 5.194/74, 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 (ou 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider, 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.

Local e Data: Campanha Grande 30/03/19

Nome: \_\_\_\_\_

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

#### TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2º Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

Assinatura de quem assina A ROGO

Julio Cesar Silva Silveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (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 conteúdo do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018



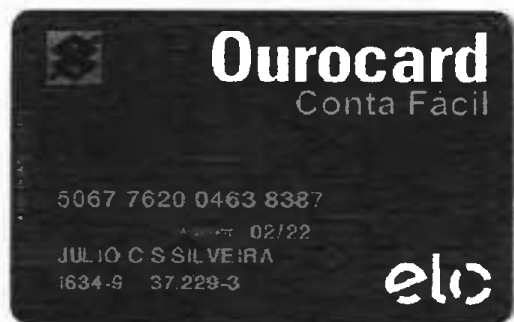
Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910181546129960000024601641  
Número do documento: 1910181546129960000024601641

Num. 25440713 - Pág. 6



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 63



SABENII - REC EM 29 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 64



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, 24 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297027

Vítima: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000001634-9

Conta: 0000037229-3

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 65



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, 03 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297027

Vítima: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

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 14259745



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 66

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Beneficiário/vítima

Nome: Felipe Cesar Silva Silveira  
 Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteiro  
 Identidade: 3956191 CPF: 112.069.904.57  
 Endereço: Rua Virginia Mendes nº 580  
 Bairro: Santa Terezinha Cidade: Mossoro Est. PR  
 Estado do Sinistro incendio Data do Acid. 26/01/19

Procurador: José Ramos de Araújo – Est. Civil: Divorciado – RG: 718.406 SSP/PB –  
 CPF: 408.289.644-91 – Endereço: Rua Vital Francisco da Silva, 63 1º andar – Centro –  
 Queimadas/PB – CEP: 58.475-000.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da seguradora LIDER (correios, sincor(s) e corretores), a fim de receber a indenização referente ao seguro obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, crédito de indenização de sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo ainda, requerer o prontuário médico, junto à qualquer hospital, para tanto requerer o que necessário for, assinar substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

Campina Grande 30/03/19  
 Local e data

Felipe Cesar Silva Silveira  
 Assinatura do Beneficiário / Vítima

(reconhecer firma por autenticidade)

**Cartório**  
**Ofício de Notas - Serviços Notarial**  
 Rua Manoel de Jesus do O. 31 - Centro - Mossoró (RN) 55411-1702 - Campina Grande - PB  
 Telefone: (51) 3341.1702 - Email: notario@notario.com.br

☐ Tabela 1 - Valerius Almeida de Moraes

**RECONHECIMENTO**  
 Reconheço a(s) firma(s) de Felipe Cesar  
 como ☒ Autêntica ☐ Semelhante em 1 MAR. 2019  
 Dou fé, Campina Grande,  
 Tabela 1 (Valerius Almeida de Moraes)

SABEM - REC EM 05 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
 Número do documento: 19101815461299600000024601641

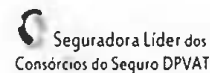
Num. 25440713 - Pág. 10



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 67

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0115272/19

**Vítima:** JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

**CPF:** 112.069.904-57

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 26/01/2019

**Titular do CPF:** JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

**JOSE RAMOS DE ARAUJO : 408.289.644-91**

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

**JULIO CESAR SILVA SILVEIRA : 112.069.904-57**

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: 03/04/2019  
Nome: JOSE RAMOS DE ARAUJO  
CPF: 408.289.644-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2019  
Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES  
CPF: 026.874.120-40

JOSE RAMOS DE ARAUJO

JULIANE CAMPOS RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 68

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190258672 Cidade: Campina Grande Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Data do acidente: 26/01/2019 Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). VÍTIMA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE.

-RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 69

|                                                                            |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                                       |                                  |
| RECEITA<br>UFPA: 5.931.896                                                 | DATA DE<br>EMISSÃO 28/12/2010    |
| NOME: LUCAS CARVALHO DA SILVA                                              |                                  |
| FILHO: JURANIO JOSÉ DA SILVA<br>VERÔNICA GONÇALVES DE CARVALHO             |                                  |
| NATURALIDADE<br>TAPERÓIA-PB                                                | DATA DE NASCIMENTO<br>05/10/1995 |
| DOC. ORIGEM: NASC.N.18.715 FLS.215V LIV.A.19<br>CARTÓRIO CAMPINA GRANDE-PB |                                  |
| Assinado eletronicamente por: <i>[Assinatura]</i>                          |                                  |

|                                                   |  |
|---------------------------------------------------|--|
| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                    |  |
| ESTADO DA PARAÍBA                                 |  |
| SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL        |  |
| INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA                   |  |
| DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO                     |  |
| P-234                                             |  |
| Assinado eletronicamente por: <i>[Assinatura]</i> |  |



**Ministério da Fazenda  
Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número  
109.578.174-01**

**Nome  
LUCAS CARVALHO DA SILVA**

**Nascimento  
05/10/1995**



**CÓDIGO DE CONTROLE  
78EA.FCEE.3B24.F1CA**



**Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 15:11:05 do dia 10/09/2018 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00  
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

**SABEM - REC EM 05 ABR 2019**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 13



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 70

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190258672 Cidade: Campina Grande Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Data do acidente: 26/01/2019 Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA. (PAG 11)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). VÍTIMA EM TRATAMENTO.(PAG 11)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE.

-RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
|                             |                                              | Total                                                | 0 %       | R\$ 0,00              |



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 15



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 72

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                     |             | MINISTÉRIO DAS CIDADES |      |
|----------------------------------------------------|-------------|------------------------|------|
| DETRAN - PB                                        |             | Nº 014082136300        |      |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO |             | EXERCÍCIO 2018         |      |
| 1                                                  | 01163684560 | 10/00000000            | 2018 |
| NOME: LUCAS CARVALHO DA SILVA                      |             |                        |      |
| 10957817401                                        |             | QSD1758/PB             |      |
| NOVO                                               |             | PE                     |      |
| PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC                           |             | COMBUSTIVEL GASOLINA   |      |
| HONDA/CG 160 START                                 |             | 2018                   |      |
| 2 P/162 /CI                                        |             | PARTIC                 |      |
| COR PREDOMINANTE                                   |             | PRETA                  |      |
| COTA UNICA                                         |             | VENC. COTA UNICA       |      |
| IPVA PAGO EM 00/00/0000                            |             | 1º                     |      |
| FABRILPEA                                          |             | PARCELAMENTO/COTAS     |      |
| PREMIO TARIFARIO (R\$)                             |             | JOF (R\$)              |      |
| *****                                              |             | *****                  |      |
| PREMIO TOTAL (R\$)                                 |             | DATA DE PAGAMENTO      |      |
| *****                                              |             | 31/08/2018             |      |
| A.E. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA                 |             |                        |      |
| OBSERVAÇÕES                                        |             |                        |      |
| 0                                                  |             |                        |      |
| CAMPINA GRANDE                                     |             | DATA 04/09/2018        |      |
| 9999999                                            |             | 7003781                |      |

| PB Nº 014082136300                                                                                         |  | BILHETE DE SEGURO DPVAT |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|
| ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA |  |                         |  |
| www.seguradoralider.com.br                                                                                 |  |                         |  |
| SAC DPVAT 0800 622 1204                                                                                    |  |                         |  |
| EXERCÍCIO 2018                                                                                             |  | DATA EMISSÃO 04/09/2018 |  |
| 10957817401                                                                                                |  | QSD1758/PB              |  |
| 01163684560                                                                                                |  | HONDA/CG 160 START      |  |
| 2018                                                                                                       |  | 9C2KC2500JR132232       |  |
| PREMIO TARIFARIO                                                                                           |  |                         |  |
| R\$ (R\$)                                                                                                  |  | DENATRAM (R\$)          |  |
| *****                                                                                                      |  | *****                   |  |
| CUSTO DO BILHETE (R\$)                                                                                     |  | JOF (R\$)               |  |
| *****                                                                                                      |  | *****                   |  |
| COTA UNICA                                                                                                 |  | PARCELADO               |  |
| PAGAMENTO                                                                                                  |  | DATA DE QUOTACAO        |  |
| *****                                                                                                      |  | 31/08/2018              |  |
| SEGURADORA LIDER - DPVAT                                                                                   |  |                         |  |
| CNPJ 08.241.000/0001-01                                                                                    |  |                         |  |
| 7003781-1101309-20180904                                                                                   |  |                         |  |

SABEM - REC. EM 05 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
 Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 16



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 73

**GOVERNO DO PARANÁ**  
SECRETARIA DE SAÚDE  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

**ATENDIMENTO URGÊNCIA**  
**PACIENTE: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA**  
Endereço: RUA CAJAZEIRAS  
Cidade: Massaranduba

**CLASS. DE RISCO - VERMELHO**  
**HISTÓRIA DE DOENÇAS:**  
Av. Mar. Floriano Peixoto, 4700 - Walvilas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809  
Data: 26/01/2019  
Atendente: Ligiana Veronica Silva Coutinho  
Nascimento: 30/11/1993  
CPF: 58120000

**EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS**  
ALERGIA:  
MEDICAMENTOS:  
PATOLOGIAS:  
EXAME FÍSICO:  
PUPLAS: (A) Fotorreagentes ( ) Iso coricas ( ) Anisocóricas ( )  
PA: HGT: SatO2:  
GLAUCOMA: PA: HGT: SatO2:  
GLAUCOMA: PA: HGT: SatO2:

**EXAMES SOLICITADOS:**  
( ) Laboratoriais  
( ) Gasometria arterial  
( ) Tomografia Computadorizada  
( ) Ultrassonografia  
( ) Radiografias:

**SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:**  
Especialista: ORTO PED / 35  
Especialista: 1 / 35  
Especialista: 1 / 35

**MÉDICO SOLICITANTE:**  
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:  
**PRESCRIÇÕES E CONDUTAS**  
HORÁRIO REALIZADO  
1. DIPLOMA DE ATUALIZAÇÃO EM ATUALIZAÇÃO (1 ANO EFETIVO)  
2. Atualização em ATUALIZAÇÃO  
3. Atualização em ATUALIZAÇÃO  
4. Atualização em ATUALIZAÇÃO  
5. Atualização em ATUALIZAÇÃO  
6. Atualização em ATUALIZAÇÃO

**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO**

**QUEIMADURA:**  
Superfície corporal lesada = \_\_\_\_\_ %  
DIAGNOSTICO / CID: Q80.0

**OBS:**

**OBS FICHA:**  
MECANISMOS DO TRAUMA  
LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o numero correspondente ao lado)

**1** Abrasão  
**2** Amputação  
**3** Arstiação  
**4** Contusão  
**5** Crivelação  
**6** Dor  
**7** Edema  
**8** Empalhamento  
**9** Enfisema subcutâneo  
**10** Ematoma  
**11** Equimose  
**12** F. Arma branca  
**13** F. Arma de fogo  
**14** F. Cortado  
**15** F. Corante  
**16** F. Corte-contuso  
**17** F. Perfuro-contuso  
**18** F. Perfuro-contusivo

**19** Fratura ossos fechada  
**20** Fratura osso aberta  
**21** Hematoma  
**22** Injuriação / Venoso  
**23** Laceração  
**24** Lesão tendinea  
**25** Luxação  
**26** Mordedura  
**27** Movimento brusco  
**28** Objeto penetrante  
**29** Ocução  
**30** Paralisia  
**31** Parese  
**32** Parestesia  
**33** Queimadura  
**34** Rincorréia  
**35** Sinal de fratura  
**36**

**CRM**

**GRUPO SANGÜÍNEO**  
Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

**RESPOSTA:**  
Responsável:  
Estado Civil: Solteiro(a)  
Motivo ACIDENTE DE TRABALHO  
Médico: \_\_\_\_\_

**QUEIMADURA:**  
Superfície corporal lesada = \_\_\_\_\_ %  
DIAGNOSTICO / CID: Q80.0

SABENI - REC EM 05 ABR 2019

| GOVERNO<br>MARIANA                                    |  | SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO<br>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES |  | REQUISIÇÃO DE EXAME    |  |         |  |          |  |       |  |        |  |  |  |
|-------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|---------|--|----------|--|-------|--|--------|--|--|--|
|                                                       |  |                                                                                             |  | PRONTUÁRIO:            |  |         |  |          |  |       |  |        |  |  |  |
| SEXO:                                                 |  | COR:                                                                                        |  | PESO:                  |  | ALTURA: |  | CLÍNICA: |  | ENF.: |  | LEITO: |  |  |  |
| M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |  | B <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>                                       |  |                        |  |         |  |          |  |       |  |        |  |  |  |
| 3 CLÍNICOS:                                           |  |                                                                                             |  |                        |  |         |  |          |  |       |  |        |  |  |  |
| <p><i>Cratone 10109</i></p>                           |  |                                                                                             |  |                        |  |         |  |          |  |       |  |        |  |  |  |
| <p>AL A EXAMINAR: <i>Ex de 10102010109</i></p>        |  |                                                                                             |  |                        |  |         |  |          |  |       |  |        |  |  |  |
| <p>S SOLICITADOS: <i>Ex de 10102010109</i></p>        |  |                                                                                             |  |                        |  |         |  |          |  |       |  |        |  |  |  |
| SIA:                                                  |  | ROTINA:                                                                                     |  | HORA DA SOLICITAÇÃO:   |  |         |  |          |  |       |  |        |  |  |  |
| 26/01/19                                              |  | <input type="checkbox"/>                                                                    |  | <p><i>26/01/19</i></p> |  |         |  |          |  |       |  |        |  |  |  |



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
 Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 75



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

### Ficha de Acolhimento

(S.A.M.U.)

|                             |                     |
|-----------------------------|---------------------|
| Nome:                       | Júlio Cesar Silva   |
| End:                        | R. Sítio Catagolhos |
| Data de Nascimento:         | 30/11/1993          |
| Queixa:                     | Dor no abdômen      |
| Acidente de trabalho?       | ( ) Sim ( ) Não     |
| Documento de Identificação: | Documentos          |
| Documento:                  | Documentos          |

### Classificação de Risco

|                          |                                         |                      |                                        |
|--------------------------|-----------------------------------------|----------------------|----------------------------------------|
| Nível de consciência:    | ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo           | Aspecto:             | ( ) Calmo ( ) Fúria de dor ( ) Gemente |
| Frequência respiratória: |                                         | Frequência cardíaca: |                                        |
| Pressão arterial:        |                                         | Temperatura axilar:  |                                        |
| Dosagem de HGT:          |                                         | Mucosas:             | ( ) Normocrada ( ) Pálida              |
| Deambulação:             | ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Cama |                      |                                        |

### Estratificação

( ) Amarelo - atendimento imediato  
( ) Verde - atendimento até 4 horas

( ) Amarelo - atendimento até 1 hora  
( ) Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

MDU 150



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 19



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 76

|                                                                                                                 |                                   |                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>GOVERNO<br/>DO PARÁIBA</b> |                                   | <b>SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE</b><br><b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b><br><b>CAMPINA GRANDE - PARAIBA</b> |
| <b>PACIENTE:</b>                                                                                                | <b>Julio Cesar Silva Silveira</b> |                                                                                                                                              |
| <b>DATA DO EXAME:</b>                                                                                           | <b>26/01/2019</b>                 |                                                                                                                                              |

### ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

#### METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

#### ANÁLISE:

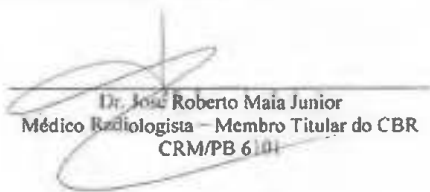
**Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.**

Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.

*Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoreiopertônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.*

*Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.*

*Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.*

  
**Dr. Jose Roberto Maia Junior**  
**Médico Radiologista – Membro Titular do CBR**  
**CRM/PB 6104**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
 Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 77

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

|                                                                |                      |                              |                      |
|----------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|
| PACIENTE: <u>Julio Cesar Vitor Schiera</u> DN: <u>30/11/93</u> |                      | GOVERNO DA PARAIBA           |                      |
| QI                                                             | LEITE <u>Bala 04</u> | CONVENIO <u>pus</u>          | IDADE <u>25a</u>     |
| CIRURGIA <u>Abdominal Cirurgico e Splanchnico</u>              |                      | CIRURGIÃO <u>Dr. Felipe</u>  |                      |
| ANESTESIA <u>Rorqui + Isodol</u>                               |                      | ANESTESIA <u>Dr. Jidarth</u> |                      |
| INS                                                            | UMENTADORA           | DATA <u>26/01/19</u>         | INICIO <u>10:15h</u> |
|                                                                |                      | FIM <u>13:40 h.</u>          |                      |
| MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS                                       |                      | Bolsa Colostoma              | Qtd.                 |
| Adrenalina amp.                                                |                      | Cafel. p. Oxg.               | FIOS                 |
| Atropina amp.                                                  |                      | Cafel. De Unnar Sist. Fech.  | CÓDIGO               |
| Diazepam amp.                                                  |                      | Compressa Grande             |                      |
| Diazepam amp.                                                  |                      | Compressa Pequena            |                      |
| Doxantina amp.                                                 |                      | Colo. <u>100ml</u>           |                      |
| Efrase m.                                                      |                      | Dreno Kerr n°                |                      |
| Fenegam amp.                                                   |                      | Dreno Penrose n°             |                      |
| Fentani m.                                                     |                      | Dreno Pezzer n°              |                      |
| Inova m.                                                       |                      | Equipo de Macrogotas         |                      |
| Ketalar m.                                                     |                      | Equipo de Macrogotas         |                      |
| Mecaina % m.                                                   |                      | Equipo de Sangue             |                      |
| Nubain amp.                                                    |                      | Equipo de PVC                |                      |
| Ravon amp.                                                     |                      | Esparrapado Larco cm         |                      |
| Protigmine amp.                                                |                      | Furacim m.                   |                      |
| Protoloxim m.                                                  |                      | Gase Pacote c/ 10 unidades   |                      |
| Quecic m.                                                      |                      | H.O. m.                      |                      |
| Rapfen amp.                                                    |                      | Intracath Adulto             |                      |
| Thionembital m.                                                |                      | Intracath Infantil           |                      |
| Tracium amp.                                                   |                      | Lâmina de Bisturi n° 23      |                      |
| Qtd. MEDICAÇÕES                                                |                      | Lâmina de Bisturi n° 11      |                      |
| Agua Destilada amp.                                            |                      | Lâmina de Bisturi n° 15      |                      |
| Decadron amp.                                                  |                      | Luvas 7.0                    |                      |
| Dipirona amp.                                                  |                      | Luvas 7.5                    |                      |
| Flaxidol amp.                                                  |                      | Luvas 8.0                    |                      |
| Flebocortid amp.                                               |                      | Luvas 8.5                    |                      |
| Geramicina amp.                                                |                      | Oxigênio l/m                 |                      |
| Glicose amp.                                                   |                      | Polifix                      |                      |
| Glucon de Cálcio amp.                                          |                      | PVP Degamante m.             |                      |
| Haemace m.                                                     |                      | PVP Tópico m.                |                      |
| Heparina m.                                                    |                      | Sabão Antiséptico            |                      |
| Kanalón amp.                                                   |                      | Saco coletor                 |                      |
| Lasix amp.                                                     |                      | Seringa desc. 10 ml          |                      |
| Medrobinazol                                                   |                      | Seringa desc. 20 ml          |                      |
| Plasil amp.                                                    |                      | Seringa desc. 05 ml          |                      |
| Prolamina                                                      |                      | Sonda                        |                      |
| Revivan amp.                                                   |                      | Sonda Foley                  |                      |
| Stuphanon amp.                                                 |                      | Sonda Nasogátrica            |                      |
| Cefalotina Ig                                                  |                      | Sonda Uretral n°             |                      |
|                                                                |                      | Sterydrem m.                 |                      |
|                                                                |                      | Torneirinha                  |                      |
|                                                                |                      | Vaselina m.                  |                      |
|                                                                |                      | Gelcon 18                    |                      |
|                                                                |                      | Latese                       |                      |
| Qtd. MATERIAIS / SOLUÇÕES                                      |                      | EQUIPAMENTOS                 |                      |
| Agulha desc. 25 x 7                                            |                      | ● Oxímetro de Pulso          |                      |
| Agulha desc. 28 x 28                                           |                      | ● Serra                      |                      |
| Agulha desc. 3 x 4,5                                           |                      | ● Desfibrilador              |                      |
| Agulha p. raque n° 24                                          |                      | ● Foco Frontal               |                      |
| Alcool de Enfermagem                                           |                      | ● Foco Auxiliar              |                      |
| Alcool iodado m.                                               |                      | ● Eletrocautério             |                      |
| Ataduras de Crepon 10cm                                        |                      | ● Oxícapigrafo               |                      |
| Ataduras de Gessada                                            |                      | ● Cardiomonitor              |                      |
| Azul metileno amp.                                             |                      | ● Perfurador Elétrico        |                      |
| Benzina m.                                                     |                      |                              |                      |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL André Santos Silva  
COR: 183108

MOD 066



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 78



FOLHA

| Paciente         | Data  | Prescrição Médica                          |
|------------------|-------|--------------------------------------------|
| Elis Cezar Silva | 18/11 | 1. Dieta L.V. C.                           |
|                  |       | 2. SRL 1500ml EV/24h                       |
|                  |       | 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h            |
|                  |       | 4. Tiludil 20mg + AD EV 12/12h             |
|                  |       | 5. Omeprazol 40mg EV/jelum - SUSMADO       |
|                  |       | 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0.9% EV 8/8h SN |
|                  |       | 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN        |
|                  |       | 8. Clonazepam 40mg SC/dia                  |
|                  |       | 9. SSVV + CCGG                             |
|                  |       | 10. Ben h 240 mg + St 31 Ax fin.           |
|                  |       | 11. Curatiza Bimaz                         |
|                  |       | 12. Paracetamol 1000mg EV 8/8h             |

Ex. Exp. Permeo

7-2

cl des locat una.

fo. Fca, pao bague

914.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
 Número do documento: 19101815461299600000024601641



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

|                                  |                          |                                |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| <b>Bio Implants MATR</b>         | <b>IZADO EM CIRURGIA</b> | Rastreamento<br><b>11016</b>   |
| Hospital: _____                  | Código: _____            |                                |
| Procedimento: _____              | Cód. Procedimento: _____ |                                |
| Paciente: _____                  |                          |                                |
| Data da Cirurgia: ____/____/____ | Nº prontuário: _____     | Convênio: _____                |
| Cirurgião: _____                 | Código: _____            | ( ) Reposição ( ) Caixa Pronta |

| DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS |           |              |             |             |
|----------------------------------|-----------|--------------|-------------|-------------|
| Qtd.                             | Descrição | Cód. Produto | Valor Unit. | Valor Total |
|                                  |           |              |             |             |
|                                  |           |              |             |             |
|                                  |           |              |             |             |
|                                  |           |              |             |             |
|                                  |           |              |             |             |
|                                  |           |              |             |             |
|                                  |           |              |             |             |
|                                  |           |              |             |             |

| ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS              |      |    |    |    |    |  | Valor Unit. | Valor Total |
|-----------------------------------------|------|----|----|----|----|--|-------------|-------------|
| Parafuso Cortical<br>( ) mm             | Nº   | 24 | 25 | 26 | 32 |  |             |             |
|                                         | Qtd. | 23 | 01 | 27 | 02 |  |             |             |
|                                         | Cód. |    |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Cortical<br>( ) mm             | Nº   |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |    |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Esponjoso<br>4.0 mm            | Nº   |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |    |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Esponjoso<br>6.5 mm R/16 Curta | Nº   |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |    |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Esponjoso<br>6.5 mm R/32 Longa | Nº   |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |    |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Maleolar<br>4.5 mm             | Nº   |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |    |    |    |    |  |             |             |

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS**

Condições de Pagamento: \_\_\_\_\_

Faturar N.F para: \_\_\_\_\_

Cód. de consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Cód. Instrumentador: \_\_\_\_\_

Anotações do Médico

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.123.929/0001-05  
Fone/Fax: (88) 3521.4601 \* www.bioimplants.com.br



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 24



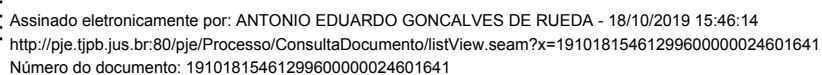
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 81

## DIAGNÓSTICO

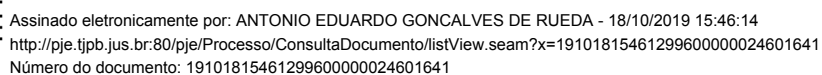
Per. exp. ①

10/10/10



Num. 44853657 - Pág. 82

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175



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

|                                   |                   |                |       |
|-----------------------------------|-------------------|----------------|-------|
| Nome do Paciente                  |                   | Nº Prontuário  |       |
| Data da Operação                  |                   | Enf.           | Leito |
| Operador                          |                   | 1º Auxiliar    |       |
| 2º Auxiliar                       | 3º Auxiliar       | Instrumentador |       |
| Anestesia                         | Tipo de Anestesia |                |       |
| Diagnóstico Pré-Operatório        |                   |                |       |
| Tipo de Operação                  |                   |                |       |
| Diagnóstico Pós-Operatório        |                   |                |       |
| Laboratório Imediato da Patologia |                   |                |       |
| Exame Radiológico no Ato          |                   |                |       |
| Acidente Durante a Operação       |                   |                |       |

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

8) Monte o b) sístima

2) Anopia temporária

3) Lasso pt dentro a fibra

4) Divulgar por partes

5) Debridoamento

6) Redens da pluma a fibra

7) Fiarlo em pluma e porções

8) Ligar com fio de sutura + curtos

56.016

ΔΕΙ ΑΤΗΘΙΩ ΝΕ ΟΘΕΥ ΑΣΛΟ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
 Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 27



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 84

## Diagnóstico

Fibrose epistola do pnae D

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Julio Cesar Sr. Leito: 7-2 Convênio:

| Data     | Prescrição Médica                                                                                                                                                                                            | Horário                                       | Evolução Médica |
|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------|
| 11/10/19 | Dieta por 12h de jejum, suco de laranja                                                                                                                                                                      | 08h                                           |                 |
| 12/10/19 | 2) 100mg de morfina oral<br>3) 100mg de clonidina oral<br>4) 100mg de clonidina oral<br>5) 100mg de clonidina oral<br>6) 100mg de clonidina oral<br>7) 100mg de clonidina oral<br>8) 100mg de clonidina oral | 08h<br>18h<br>18h<br>18h<br>18h<br>18h<br>18h |                 |
| 13/10/19 | Dieta por 12h de jejum, suco de laranja                                                                                                                                                                      | 08h                                           |                 |



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 28



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

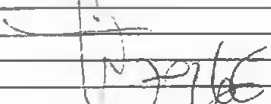
Num. 44853657 - Pág. 85



### Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

|                                                        |                       |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| Paciente: <u>Julia Linax Silva Silveira</u>            | Idade: <u>29 anos</u> |
| Convênio: <u>Unimed 1820896</u>                        | Data: <u>26/01/19</u> |
| Procedimento: <u>no exame do fígado pret. de Julia</u> |                       |
| Cirurgião: <u>Dr Felipe</u>                            | Auxiliar:             |
| Anestesista: <u>Dr Sidarta</u>                         |                       |
| Início: <u>12:15</u>                                   | Término: <u>13:10</u> |
| Anestesia: <u>Raqui + inal</u>                         |                       |

[illegible][illegible]

|                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Observações:</b>                                                                 |
|  |
| Assinatura Anestesiista                                                             |
| Circulante                                                                          |

Assinatura Anestesista

**Circulante**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
 Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 86



IDENTIDADE Nº 01661 DATA EXP: 28/06/2013  
 DOADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS ☒ SIM ☐ NÃO  
 VALIDADE INDEFINIDA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA  
 CONSELHO REGIONAL Nº 18º REGIAO  
 141 AV. ENRIKHEIM 141A QUA N. 021517

JOSE RAMOS DE ARAUJO  
 AO SEVERINO DANIEL DE ARAUJO  
 IZAUARA RAMOS DE QUEIROZ

NASC.: 11/06/1982 NATURAL: Paraíba/PB  
 941 IDADE: 37 ANOS CPF: 400.285.044-91  
 IDENT. Nº: 71.8498 ORG. EXP: 28/06/2013  
 ITACAO: RADIOLOGIA DIAGNOSTICO

DIRETOR  
 Paraíba de A. José Silva

1497902643  
 1497902643

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA  
 CONSELHO REGIONAL Nº 18º REGIAO  
 141 AV. ENRIKHEIM 141A QUA N. 021517

JOSE RAMOS DE ARAUJO  
 AO SEVERINO DANIEL DE ARAUJO  
 IZAUARA RAMOS DE QUEIROZ

NASC.: 11/06/1982 NATURAL: Paraíba/PB  
 941 IDADE: 37 ANOS CPF: 400.285.044-91  
 IDENT. Nº: 71.8498 ORG. EXP: 28/06/2013  
 ITACAO: RADIOLOGIA DIAGNOSTICO

DIRETOR  
 Paraíba de A. José Silva

SABE 11 - REC EM 05 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
 Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 31



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 88

SABE - REC EN' 05 ABR 2019



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Lucas Carvalho da Silva  
RG nº 3.931.896 data de expedição 28/12/2010  
Órgão SSP. PB portador do CPF nº 10957817401  
com domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de Paraíba,  
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) TV Sertão Laboral, Sta Terezinha, nº 5542-B,  
complemento B, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Julio Cesar Silva Silveira, cujo o condutor era  
Julio Cesar Silva Silveira  
Veículo CG 160 Start Modelo: 160 Start Ano: 2018  
Placa: QSD 1758 Chassi: 9C2KC2500JR132232  
Data do Acidente: 26/01/19



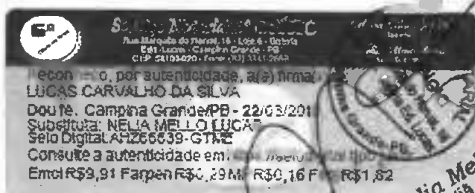
Local e Data:

Campina Grande 30/03/19

Lucas Carvalho da Silva

Assinatura do Declarante

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



Nelia Mello Lucas  
Tabela Substituta  
Tôno do 6º Ofício  
Campina Grande-PB

SABE REC-EM 05 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 33



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 90



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos telefones abaixo

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Ramon de Araujo  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 408.289.644, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Julio Cesar Silva Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.069.904, 57  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Julio Cesar Silva Silveira  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.069.904, 57 conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: --- Renda: --- e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                               |                          |                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Endereço: <u>Rua Vital Francisco da Silva</u> | Número: <u>63</u>        | Complemento: <u>2º andar</u> |
| Bairro: <u>CENTRO</u>                         | Cidade: <u>Queimadas</u> | Estado: <u>PB</u>            |
| E-mail: <u>antaozseguros@outlook.com</u>      | CEP: <u>58475-000</u>    | Tel.(DDD):                   |

Local e Data: Campana Grande 30/03/19

Jose Ramon de Araujo  
Assinatura do Declarante

DLDRLO01 V001/2017

SABEMI - REC EM 05 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 34



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 91

## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

\*Documento sem valor fiscal.

Documento não é substituição de conta

Para pagar, verifique o pagamento na rede elétrica ou através da agência N° 003.301.460



ENERGISA BOMBONEIRA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

BR 220 - KM 158 - Alto Siderópolis - Itaipava - Paraíba - CEP 58425-700  
CNPJ 06.838.990/0001-65 Insc. Est. 18.007.829-1

DADOS DO CLIENTE

DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES  
RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR  
QUEIMADAS

CCC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/201316-7

| REFERÊNCIA | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|------------|--------------|---------|------------|---------------|
| MAR/2019   | 19/03/2019   | 118     | 26/03/2019 | R\$ 78,67     |

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES

Roteiro: 11-403-351-2350

83660000000-1 78670007000-0 02013162019-5 03900403019-1

| VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR | MATRÍCULA        |
|------------|---------------|------------------|
| 26/03/2019 | R\$ 78,67     | 201316-2019-03-0 |



SABEM - REC. EM 05 ABR 2019



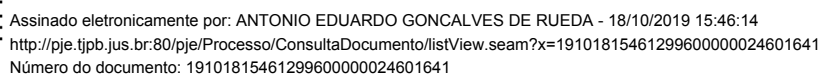
Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 35



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 92

[illegible]





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DE ACIDENTES E  
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410163 - (83) 3310-9319



OCORRÊNCIA Nº 000058/19

### CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000058/19 registrada em 26/03/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e seis dias do mês de março do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:48 horas, compareceu o Sr. JULIO CESAR SILVA SILVEIRA, com 25 anos de idade, filho de ANTONIO LOPES DA SILVA e MARIA LÚCIA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PARAIBA - PB, Solteiro, escolaridade Médio Incompleto, profissão , portador da Cédula de Identidade Nº 3.956.191, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 11206990457, residindo à rua SÍTIO CAJAZEIRAS, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de MASSARANDUBA - PB.

#### Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 09h30min do dia 26.01.2019, estava trafegando pela Rodovia BR 104, no sentido Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 160 STAR, ano/modelo 2018/2018, cor preta, chassi nº 9C2KC2500JR132232, de placa QSD-1758/PB, licenciada em nome de Lucas Carvalho da Silva, quando na altura do Km 134 reduziu a velocidade para passar por um quebra molas e acabou sendo atingido na parte de trás por um veículo de marca, cor, placas e demais características que ignora, inclusive o condutor, fazendo com que o comunicante fosse jogado ao solo, sofrendo fratura de tíbia e escoriações pelo corpo, sendo socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos cirúrgico, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, ao local não compareceram os Policiais da PRF, motivo pelo qual não foi confeccionado o Boletim de acidente de Trânsito; Que, na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Terça-feira, 26 de Março de 2019

JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Declarante

Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

SABE - REC EM 05 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 38



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 95



## 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: 112.069.904.57 | Nome completo da vítima: Julio Cesar Silva Silveira |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                               |                                                     |
| Nome completo: Julio Cesar Silva Silveira                                                                                      | CPF: 112.069.904.57           |                                                     |
| Profissão: Recusado Informar                                                                                                   | Endereço: Sítio Cagazinas     | Número: 511 Complemento: Casa                       |
| Bairro: Zona Rural                                                                                                             | Cidade: Maratona              | Estado: PB                                          |
| E-mail: cantaleiroseguros@outlook.com                                                                                          | CEP: 58120.000                |                                                     |

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

|               |                                                     |                                                      |                                                      |                                                       |
|---------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| RENTA MENSAL: | <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <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        |

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

|                                                                                                       |                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <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)                           | Nome do BANCO: Banco do Brasil (001)                                 |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |                                                                      |
| AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>                                             | AGÊNCIA: 1634 CONTA: 37.229                                          |
| (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 (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo assinado, 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                                                        |
| Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                      | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:                                    |
| Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                          | Se tinha filhos, informar quantos: <input type="text"/>                                         |
| Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                               | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |

Estou ciente de que a Seguradora Líder não se responsabiliza, 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.

|                                                                                   |                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Local e Data: Campina Grande 30/03/19                                             | TESTEMUNHAS       |
| Nome: _____                                                                       | 1º Nome: _____    |
| CPF: _____                                                                        | CPF: _____        |
|                                                                                   | Assinatura: _____ |
| (*) Assinatura de quem assina A ROGO                                              | 2º Nome: _____    |
| Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <i>Julio Cesar Silva Silveira</i> | CPF: _____        |
| Assinatura do Representante Legal (se houver): _____                              | Assinatura: _____ |
| Assinatura do Procurador (se houver): <i>Felipe Romão de Araújo</i>               |                   |

(\*) 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.

FP5.001 V001/2018

SABEM - REC EM 05 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 39



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 96



## 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: 112.069.904.57 Nome completo da vítima: Julio Cesar Silva Silveira

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

Nome completo: Julio Cesar Silva Silveira CPF: 112.069.904.57

Profissão: Recusado Informar Endereço: Sítio Cagazias Número: 511 Complemento: Casa

Bairro: Zona Rural Cidade: Nasaretambura Estado: PB CEP: 58120.000

E-mail: contato@seguradordalider.com.br Telefone: (71) 98701-710

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

**DADOS CADASTRAIS**

REDA MENSAL: ☒ RECURSO 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 (001)

AGÊNCIA: 1634 9 CONTA: 37.229 3

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

AGÊNCIA: 1634 9 CONTA: 37.229 3

(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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda 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) ☐ Divorçado ☐ 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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder não se responsabiliza, 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.

Local e Data: Campanha Grande 30/03/19

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Julio Cesar Silva Silveira Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Antônio Eduardo Gonçalves de Ruada Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da Representante Legal (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.

FP5.001 V001/2018

SABEM - REC EM 05 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
 Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 40



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 97



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, 10 de Abril de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190258672

Vítima: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14176052



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 41



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 98



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, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190258672

Vítima: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Data do Acidente: 26/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

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 14158302



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 42



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 99

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

|                        |            |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 17/05/2019 |
| NUMERO DO DOCUMENTO:   |            |
| VALOR TOTAL:           | 2.362,50   |

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01634-9

CONTA: 000000037229-3

---

Nr. da Autenticação D1EB9064E41E2D56



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

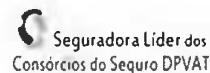
Num. 25440713 - Pág. 43



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 100

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143381/19

**Vítima:** JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

**CPF:** 112.069.904-57

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 26/01/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

**JOSE RAMOS DE ARAUJO : 408.289.644-91**

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

**JULIO CESAR SILVA SILVEIRA : 112.069.904-57**

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: 29/04/2019  
Nome: JOSE RAMOS DE ARAUJO  
CPF: 408.289.644-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019  
Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES  
CPF: 026.874.120-40

JOSE RAMOS DE ARAUJO

JULIANE CAMPOS RODRIGUES



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 44



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 101

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### Beneficiário/vítima

Nome: Julia Cesar Silva Silveira  
Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteira  
Identidade: 3956111 CPF: 112.069.904-27  
Endereço: Rua Major João Vinoco 0, 11 - Centro - Paraíba (PB) 55411-172 - Campina Grande - PB n° 380  
Bairro: Santa Teresinha Cidade: Mossoró/RN Est. PB  
Estado do Sinistro: Intervenção Data do Acid. 26/07/19

Procurador: José Ramos de Araújo – Est. Civil: Divorciado – RG: 718.406 SSP/PB –  
CPF: 408.289.644-91 – Endereço: Rua Vital Francisco da Silva, 63 1º andar – Centro –  
Queimadas/PB – CEP: 58.475-000.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da seguradora LIDER (correios, sincor(s) e corretores), a fim de receber a indenização referente ao seguro obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, crédito de indenização de sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo ainda, requerer o prontuário médico, junto à qualquer hospital, para tanto requerer o que necessário for, assinar substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.

Campina Grande 30/03/19  
Local e data

Julia Cesar Silva Silveira  
Assinatura do Beneficiário / Vítima

(reconhecer firma por autenticidade)

Cartório de Notas - Serviços Notarial  
Rua Major João Vinoco 0, 11 - Centro - Paraíba (PB) 55411-172 - Campina Grande - PB  
Telefone: 3341-1742 - E-mail: cartorioeduardo@outlook.com

☐ Tabella ☒ Valeriana Almeida De Moraes

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de Julia Cesar

como ☒ Autêntica ☐ Semelhante 19 MAR 2019

Deu fé, Campina Grande, \_\_\_\_\_

Tabella (Valeriana Almeida de Moraes)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

SABENII - REC EM 29 ABR 2019

Num. 25440713 - Pág. 45



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 102

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190297027 Cidade: Campina Grande Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Data do acidente: 26/01/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TÍBIA (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS). PÁG 4  
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 46



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 103

|                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| REGISTRO 3.931.896<br>DATA DE EXPEDIÇÃO 28/12/2010<br>LUCAS CARVALHO DA SILVA<br>CARANIO JOSÉ DA SILVA<br>VERÔNICA GONÇALVES DE CARVALHO<br>NATURALIDADE TAPEROÁ-PB<br>DATA DE NASCIMENTO 05/10/1995<br>CASC.N.18.715 PLS.215V LIV.A.19<br>CARTORIO CAMPINA GRANDE-PB | REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>ESTADO DA PARAÍBA<br>SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL<br>INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO<br>P-234<br><br>ASSINATURA DO TITULAR<br>LUCAS CARVALHO DA SILVA<br>PARTE DA IDENTIFICAÇÃO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
109.578.174-01

Nome  
LUCAS CARVALHO DA SILVA

Nascimento  
05/10/1995

CÓDIGO DE CONTROLE  
78EA.FCEE3B24.F1CA



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
 às 15:11:05 do dia 10/08/2018 (hora e data de Brasília)  
 dígito verificador: 00  
 VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SABEMI - REC. EM 29 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
 Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 47



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 104

Num. 44853657 - Pág. 105

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190297027 Cidade: Campina Grande Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Data do acidente: 26/01/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE TÍBIA (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS). PÁG 4  
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Total                                                 |                                              |                                                      | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |



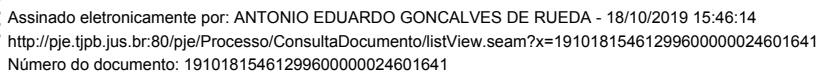
Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 49



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 106

[illegible]

## Ficha de Acolhimento

(SARIV)

|                       |                            |                            |                      |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------|
| Nome:                 | Mário César Silva Silveira | Belino:                    | Monsenhor            |
| End:                  | R. Sítio Capangas          | Documento de Identificação | PP                   |
| Data de Nascimento:   | 30/11/1993                 | Documento                  |                      |
| Queixa:               | Do. Noto                   | Data do Atend:             | 26/01/19 Hora: 01:14 |
| Acidente de trabalho? | ( ) Sim ( ) Não            |                            |                      |

## Classificação de Risco

|                          |                                         |                      |                                         |
|--------------------------|-----------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------|
| Nível de consciência:    | ( ) Bom ( ) Regular ( ) Baixo           | Aspecto:             | ( ) Calmo ( ) Fúrias de dor ( ) Gemente |
| Frequência respiratória: |                                         | Frequência cardíaca: |                                         |
| Pressão arterial:        |                                         | Temperatura axilar:  |                                         |
| Dosagem de HGT:          |                                         | Mucosas:             | ( ) Normocrada ( ) Palida               |
| Deambulação:             | ( ) Livre ( ) Cadeira de rodas ( ) Maca |                      |                                         |

## Estratificação

|                                 |                                      |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| Amarelo - atendimento imediato  | ( ) Amarelo - atendimento até 1 hora |
| Verde - atendimento até 4 horas | ( ) Azul - atendimento ambulatorial  |

Assinatura e carimbo do profissional

SABEMI - REC EM 29 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 51



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 108

|             |     |
|-------------|-----|
| PRONTUÁRIO: | 743 |
| LEITO:      |     |
| ENF:        |     |
| CLÍNICA:    |     |
| ALTURA:     |     |
| PESO:       |     |
| SEXO:       |     |
| COLE:       |     |
| IN:         |     |
| F:          |     |
| P:          |     |
| A:          |     |

DOS CLÍNICOS:

Induina

RECIBO  
RECEBIDO  
EM 26/01/19

TERIA A EXAMINAR:

AMES SOLICITADOS:

Radi-X Perna D e tornozelo D AP e perfil

Radi-X tórax AP e Radi-X pulso AP

RENDA:

ROTINA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

A: 26/01/19

Dr. João Sales Couto  
CRM 22.1948  
Cirurgião Geral

Assinatura do Médico

SABEMI - REC EM 29 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
 Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 52



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 109



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

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

|                                                                       |                   |                                 |  |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------|--|
| Nome do Paciente <i>Filipe Lessa dos Anjos</i>                        |                   | Nº Prontuário                   |  |
| Data da Operação <i>26/10/19</i>                                      | Enf.              | Leito                           |  |
| Operador <i>Dr. Felipe Lessa</i>                                      |                   | 1º Auxiliar <i>Dr. Elidimar</i> |  |
| 2º Auxiliar                                                           | 3º Auxiliar       | Instrumentador                  |  |
| Anestesia                                                             | Tipo de Anestesia |                                 |  |
| Diagnóstico Pré-Operatório<br><i>Laceração do dorso do pé direito</i> |                   |                                 |  |
| Tipo de Operação<br><i>Exatoma de fibra</i>                           |                   |                                 |  |
| Diagnóstico Pós-Operatório                                            |                   |                                 |  |
| Laboratório Imediato da Patologia                                     |                   |                                 |  |
| Exame Radiológico no Ato                                              |                   |                                 |  |
| Acidente Durante a Operação                                           |                   |                                 |  |

SABEM - REC. EM 29 ABR 2019

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

| Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>1) Limpeza do ferimento</i>                                                                           |
| <i>2) Anestesia tópica e infiltrativa</i>                                                                |
| <i>3) Incisão por sobre a fibra</i>                                                                      |
| <i>4) Drenagem por pontos</i>                                                                            |
| <i>5) Debridamento</i>                                                                                   |
| <i>6) Redução da fibra e fibra</i>                                                                       |
| <i>7) Fechamento com pontos e pontos</i>                                                                 |
| <i>8) Lavagem com solução fisiológica e curativo</i>                                                     |

DEPARTAMENTO DE OPERAÇÃO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910181546129960000024601641  
Número do documento: 1910181546129960000024601641

Num. 25440713 - Pág. 53



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 110

## Diagnóstico

Fatura emitida do JUS 01

17/04/2019

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: João Carlos Silva Leito: 7-2 Convênio:

| Data     | Prescrição Médica                                                   | Horário | Evolução Médica |
|----------|---------------------------------------------------------------------|---------|-----------------|
| 17/04/19 | 1) Dete por w após reperfusão<br>sec. f. h. m.                      | 08      |                 |
|          | 2) SE qdx 1000ml s. em aut-                                         | 08      |                 |
|          | 3) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)   | 08      |                 |
|          | 4) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)   | 08      |                 |
|          | 5) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)   | 08      |                 |
|          | 6) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)   | 08      |                 |
|          | 7) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)   | 08      |                 |
|          | 8) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)   | 08      |                 |
|          | 9) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)   | 08      |                 |
|          | 10) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 11) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 12) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 13) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 14) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 15) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 16) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 17) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 18) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 19) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 20) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 21) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 22) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 23) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 24) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 25) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 26) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 27) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 28) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 29) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 30) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 31) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 32) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 33) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 34) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 35) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 36) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 37) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 38) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 39) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 40) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 41) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 42) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 43) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 44) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 45) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 46) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 47) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 48) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 49) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 50) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 51) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 52) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 53) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 54) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 55) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 56) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 57) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 58) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 59) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 60) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 61) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 62) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 63) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 64) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 65) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 66) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 67) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 68) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 69) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 70) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 71) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 72) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 73) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 74) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 75) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 76) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 77) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 78) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 79) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 80) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 81) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 82) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 83) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 84) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 85) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 86) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 87) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 88) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 89) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 90) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 91) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 92) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 93) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 94) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 95) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 96) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 97) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 98) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 99) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.)  | 08      |                 |
|          | 100) (anticoagulante 20mg 03x em 1000ml s. em aut-<br>se. f. h. m.) | 08      |                 |

SABEM - REG. EM 28 ABR 2019

## NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

| PACIENTE:                             | QI                      | LITE                       | CONVENIO         | IDADE       | REGISTRO |
|---------------------------------------|-------------------------|----------------------------|------------------|-------------|----------|
| Júlio Cesar Vitor Pereira DN=30/11/93 |                         | bala 04                    | BUS              | 25a         | 1820896  |
| Cirurgião e fixação de frnt.          |                         |                            |                  | Dor Felipe  |          |
| Anestesia                             |                         |                            |                  | Dor Sidarth |          |
| INSUMENTADORA                         | DATA                    | INICIO                     | FIM              |             |          |
| Rex                                   | 26/01/99                | 10:15h                     | 13:40 h.         |             |          |
| MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS              | Qtd.                    | FIOS                       | CÓDIGO           |             |          |
| Acrenalina amp.                       | 03                      | Catgut cromado Serlix      |                  |             |          |
| Atropins amp.                         |                         | Catgut cromado Serlix      |                  |             |          |
| Diazepam amp.                         | 06                      | Catgut cromado Serlix      |                  |             |          |
| Droperidol amp.                       |                         | Catgut Simples             |                  |             |          |
| Eframenil                             | 05                      | Catgut Simples Serlux      |                  |             |          |
| Fenegan amp.                          |                         | Catgut Simples Serlix      |                  |             |          |
| Fentanil ml                           |                         | Catgut Simples Serlix      |                  |             |          |
| Inova ml                              |                         | Cera p/ osso               |                  |             |          |
| Ketalar ml                            |                         | Ethibond                   |                  |             |          |
| Mercaina % ml                         |                         | Ethibond                   |                  |             |          |
| Nubatin amp.                          |                         | Fio de Algodão Serlix      |                  |             |          |
| Pavulon amp.                          |                         | Fio de Algodão Serlix      |                  |             |          |
| Prolegmine amp.                       | QN                      | Fio de Algodão Sutupak     |                  |             |          |
| Propofido l/m                         | 10                      | Fio de Algodão Sutupak     |                  |             |          |
| Quelicin ml                           |                         | Gase Pacote c/ 10 unidades |                  |             |          |
| Rapifen amp.                          |                         | H.O. ml                    |                  |             |          |
| Thionembatal ml                       |                         | Intracath Adulto           |                  |             |          |
| Tetracium amp.                        |                         | Intracath infantil         |                  |             |          |
| Agua Destilada amp.                   |                         | Lâmina de Bisturi nº 23    |                  |             |          |
| Ocadrone amp.                         | 02                      | Lâmina de Bisturi nº 11    |                  |             |          |
| Dipirone amp.                         |                         | Lâmina de Bisturi nº 15    |                  |             |          |
| Flaxidol amp.                         |                         | Luxas 7.0                  |                  |             |          |
| Fiebo cortid amp.                     |                         | Luxas 7.5                  |                  |             |          |
| Geramicina amp.                       |                         | Luxas 8.0                  |                  |             |          |
| Glicose amp.                          | QN                      | Luxas 8.5                  |                  |             |          |
| Glucos de Cálcio amp.                 |                         | Oxigenio l/m               |                  |             |          |
| Haemace ml.                           | QN                      | Polifix                    |                  |             |          |
| Heparoma ml.                          |                         | PVP Degamante ml           |                  |             |          |
| Kanasion amp.                         |                         | PVPI Tópico ml.            |                  |             |          |
| Lasix amp.                            | 04                      | Saco Antiséptico           |                  |             |          |
| Medrolinazol                          |                         | Saco coletor               |                  |             |          |
| Plasil amp.                           | 02                      | Seringa desc. 10 ml        |                  |             |          |
| Prolamina                             | 02                      | Seringa desc. 20 ml        |                  |             |          |
| Revivan amp.                          |                         | Seringa desc. 05 ml        |                  |             |          |
| Stuplanon amp.                        |                         | Sonca                      |                  |             |          |
| Cefalotina 1g                         |                         | Sonca Foley                |                  |             |          |
|                                       |                         | Sonca Nasogástrica         |                  |             |          |
|                                       |                         | Sonca Uretal nº            |                  |             |          |
|                                       |                         | Sterydrem ml               |                  |             |          |
|                                       |                         | Tomreinha                  |                  |             |          |
|                                       |                         | Vaselina ml                |                  |             |          |
|                                       |                         | Gelcon 18                  |                  |             |          |
|                                       |                         | Latese                     |                  |             |          |
| MATERIAIS / SOLUÇÕES                  | Qtd.                    | SOROS                      | ORTESE E PRÓTESE |             |          |
| Água desc. 25 x 7                     |                         | SG Normolémico fr 500 ml   |                  |             |          |
| Água desc. 28 x 28                    |                         | SG Gelado fr 500 ml        |                  |             |          |
| Água desc. 3 x 4.5                    |                         | SG Hipertérmico fr 500 ml  |                  |             |          |
| Água pr raque nº 2ten                 |                         | SG Ringer fr 500 ml        |                  |             |          |
| Alcool de Enfermagem                  |                         | SG fr 500 ml               |                  |             |          |
| Alcool Iodado ml                      |                         |                            |                  |             |          |
| Ataduras de Crepon 1cm                |                         |                            |                  |             |          |
| Ataduras de Gessada                   |                         |                            |                  |             |          |
| Azul metileno amp.                    |                         |                            |                  |             |          |
| Benzina ml                            |                         |                            |                  |             |          |
| EQUIPAMENTOS                          |                         |                            |                  |             |          |
| ( ) Oxímetro de Pulso                 | ( ) Foco Auxiliar       |                            |                  |             |          |
| ( ) Serra                             | ( ) Eletrocautério      |                            |                  |             |          |
| ( ) Desfibrilador                     | ( ) Oxiciptógrafo       |                            |                  |             |          |
| ( ) Foco Frontal                      | ( ) Cardiomonitor       |                            |                  |             |          |
| ( ) Fonte de Luz                      | ( ) Perfurador Elétrico |                            |                  |             |          |

HCO 066



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
 Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 55



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 112



## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

|                                                             |                       |
|-------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Paciente: <u>Julia Pinna Silva Silveira</u>                 | Idade: <u>25 anos</u> |
| Convênio: <u>Unimed 1820896</u>                             | Data: <u>26/01/19</u> |
| Procedimento: <u>110 Exurgico cl. firose prot. de tubos</u> |                       |
| Cirurgião: <u>Dr. Felipe</u>                                | Auxiliar:             |
| Anestesista: <u>Dr. Sidarte</u>                             |                       |
| Início: <u>12:10</u>                                        | Término: <u>13:10</u> |
| Anestesia: <u>Raqui + intubação</u>                         |                       |

| Hora  | PA     | Pulso | SAT O2 | Responsável | A. Motora | Consciência |
|-------|--------|-------|--------|-------------|-----------|-------------|
| 13:15 | 119x66 | 43    | 98%    | Dufanme     | -         | Desperta    |
| 14:00 | 113x56 | 50    | 97%    | Dufanme     | +         | Consciente  |
|       |        |       |        |             |           |             |
|       |        |       |        |             |           |             |
|       |        |       |        |             |           |             |
|       |        |       |        |             |           |             |
|       |        |       |        |             |           |             |
|       |        |       |        |             |           |             |
|       |        |       |        |             |           |             |
|       |        |       |        |             |           |             |

| Medicamentos/Materiais       | Quantidade |
|------------------------------|------------|
| <u>Dextro: Alta Exurgica</u> |            |
|                              |            |
|                              |            |
|                              |            |
|                              |            |
|                              |            |
|                              |            |
|                              |            |

|              |
|--------------|
| Observações: |
|              |
|              |
|              |
|              |
|              |
|              |
|              |
|              |
|              |
|              |

Assinatura Anestesista

Circulante

SABEM - REC EM 29 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
 Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 56



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 113



**IZADO EM CIRURGIA**

11016

**Hospital:**

Código:

**Procedimento:**

**Cód. Procedimento:**

**Paciente:**

Data da Cirurgia:

Nº prontuário:

**Convênio:**

**Cirurgião:**

**Código:**

☐ Reposição    ☐ Caixa Pronta

[illegible]

|                                         |      |    |    |    |    |  | Valor Unit. | Valor Total |
|-----------------------------------------|------|----|----|----|----|--|-------------|-------------|
| Parafuso Cortical<br>( ) mm             | Nº   | 34 | 35 | 36 | 37 |  |             |             |
|                                         | Qtd. | 03 | 03 | 07 | 03 |  |             |             |
|                                         | Cód. |    |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Cortical<br>( ) mm             | Nº   |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |    |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Esponjoso<br>4.0 mm            | Nº   |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |    |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Esponjoso<br>6.5 mm R/16 Curta | Nº   |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |    |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Esponjoso<br>6.5 mm R/32 Longa | Nº   |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |    |    |    |    |  |             |             |
| Parafuso Maleolar<br>4.5 mm             | Nº   |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Qtd. |    |    |    |    |  |             |             |
|                                         | Cód. |    |    |    |    |  |             |             |

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS**

**Condições de Pagamento:**

Faturar N.F para:

Cód. do consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Cód. Instrumentador:

Bio Implants Comercio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.523.929/0001-05

Phone/Fax: (688) 3521-4801 \* [www.bioimplants.com.br](http://www.bioimplants.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>

Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 57



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>

Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 114



**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

Fr. repetido da primeira (5)

ROIA DE KATAZENIO E EVOLUÇÃO

| Paciente                   | Data                                                                                                                                                                                                                                  | Alojamento                             | Leito                                                                                                                                                                                                              | Convênio |  |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--|
| Julio Cesar Silva Silveira |                                                                                                                                                                                                                                       | 7-2                                    |                                                                                                                                                                                                                    |          |  |
| Data                       | Prescrição Médica                                                                                                                                                                                                                     | Horário                                | Evolução Médica                                                                                                                                                                                                    |          |  |
| 17/01                      | 1) Dieta oral livre<br>2) SF 0,9 x 1000 mL EV em 24h<br>3) Gentamicina 80mg 0,3 FA + 200mL SF 0,9%<br>1 x ao dia<br>4) Dapirone 1g + AD EV 6/6h<br>5) Taboetil 40mg + AD EV 1 x/dia<br>6) Clonoxil 40mg 5 c 1 x/dia<br>7) 35W + CC 60 | 21<br>28<br>28<br>28<br>28<br>28<br>28 | Pts. 2, 28, 28, 28, 28, 28, 28<br>28, 28, 28, 28, 28, 28, 28<br>28, 28, 28, 28, 28, 28, 28<br>28, 28, 28, 28, 28, 28, 28<br>28, 28, 28, 28, 28, 28, 28<br>28, 28, 28, 28, 28, 28, 28<br>28, 28, 28, 28, 28, 28, 28 |          |  |

SABEII - REC EM 29 ABR 2019

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Fr. exp. Perna D

| Paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Alimentação | Leito | Comentário                                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Paciente: Jélio Gino Silva</p> <p>Prescrição Médica</p> <p>1. Dieta LIVEL</p> <p>2. SML 1500ml EV/24h</p> <p>3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h</p> <p>4. Tetril 20mg + AD EV 12/12h</p> <p>5. Omeprazol 40mg EV/jejum + 500mg</p> <p>6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN</p> <p>7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN</p> <p>8. Clexane 40mg SC/dia</p> <p>9. SSVV + CCGG</p> <p>10. Feb 200 + 400mg</p> <p>11. Cusculudo 10mg</p> <p>12. Paracetamol 1000mg EV 12/12h</p> |             |       | <p>Ev. Médica</p> <p>Rece. atual. 11/4/2019</p> <p>de 1000ml LIVEL</p> <p>Diagnóstico: cont. fr.</p> <p>fr. exp. perna D</p> <p>cd. 1000</p> <p>grd.</p> |

FOLHA

| Paciente        | Data | Prescrição Médica                          |
|-----------------|------|--------------------------------------------|
| Elis Gama Silva |      |                                            |
| 28/11           |      | 1. Dieta LIVEL                             |
|                 |      | 2. SRL 1500ml EV/24h                       |
|                 |      | 3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h            |
|                 |      | 4. Tilidil 20mg + AD EV 12/12h             |
|                 |      | 5. Oxazepam 30mg EV/12h                    |
|                 |      | 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN |
|                 |      | 7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN        |
|                 |      | 8. Clevarne 40mg SC/dia                    |
|                 |      | 9. SSVV + CCGG                             |
|                 |      | 10. Penic 240 mg + ST 3x/dia               |
|                 |      | 11. Curatiza 8mg                           |
|                 |      | 12. Penicilina 100 + 1000 EV 1x/dia        |

Ex Esp. Penic D

72

cl den local ura.

foi feita, pouco segura

924.

|                |                            |
|----------------|----------------------------|
| PACIENTE:      | Julio Cesar Silva Silveira |
| DATA DO EXAME: | 26/01/2019                 |

### ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL – “FAST”

#### METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

#### ANÁLISE:

**Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.**

**Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, rins e bexiga identificáveis ao método.**

*Observação: Resultamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemoretroperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.*

*Segundo orientação do Colégio Americano de Radiologia, pacientes com USG FAST negativo devem permanecer em observação intrahospitalar.*

*Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.*

  
Dr. José Roberto Maia Junior  
Médico Radiologista – Membro Titular do CBR  
CRM/PB 6101

SABEMII – REC EM 29 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 61



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 118

REQUISIÇÃO DE EXAME

|                                                                        |                                   |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| PRONTUÁRIO:                                                            |                                   |
| SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | LEITO: <input type="checkbox"/>   |
| COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> A             | ENF: <input type="checkbox"/>     |
| PESO: <input type="checkbox"/>                                         | CLÍNICA: <input type="checkbox"/> |
| ALTURA: <input type="checkbox"/>                                       |                                   |

S CLÍNICOS:

*Contato no 114*

VAL A EXAMINAR:

*Ex de 101120 (ap + p)*

S SOLICITADOS:

DATA: ☐ ROTINA: ☐

HORA DA SOLICITAÇÃO: *20/01/19*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014082136300  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

COD. RENAVAM 1 011636845600000000 2018

LUCAS CARVALHO DA SILVA

10957817401 QSD1758/PB

NOVO PF 9C2KC2500JR132232

AS/MOTOCICLE/NAO APPLIC GASOLINA

HONDA/CG 160 START 2018 2018

CAP/POT/CL 2 P/162 /CI CATEGORIA BARTIC COR PRE DOMINANTE PRETA

IPVA PAGO EM 00/00/0000 1º

FADALPVA PARCELAMENTO/COIAS 2º

PRÊMIO TARIÁRIO (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 31/08/2018

A.F. ADM DE CONC NACIÓN HONDA LTDA

0

CAMPINA GRANDE - PB

04/03/2010

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO  
AUTOMOTORES EM VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA  
TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014082136300 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 04/03/2018

1 10957817401 QSD1758/PB

01163684560 HONDA/CG 160 START

2018 9 9C2KC2500JR132232

PRÊMIO TARIÁRIO

R\$ (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO PARCELADO 31/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.008/0001-94

7003781-1101300-20180904



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 64



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 121

IDENTIDADE Nº 01561 DATA EXP: 23/08/2013  
 DOADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS: X SIM ☐ NÃO ☐  
 VALIDADE INDETERMINADA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA  
 CONSELHO REGIONAL DE RADIOLOGIA CROTA Nº 021517

JOSE RAMOS DE ARAUJO  
 SEVERINO DANIEL DE ARAUJO  
 IZaura RAMOS DE QUEIROZ

NASC: 11/08/1962 NAT: BRASILEIRO  
 CPE: 403 205 044-91  
 RG: 71 6486  
 REG: 15 RADIOLOGIA  
 FUNÇÃO: FISIOTERAPEUTA

1497902643  
 1497902643

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA  
 CONSELHO REGIONAL DE RADIOLOGIA CROTA Nº 021517

JOSE RAMOS DE ARAUJO  
 SEVERINO DANIEL DE ARAUJO  
 IZaura RAMOS DE QUEIROZ

NASC: 11/08/1962 NAT: BRASILEIRO  
 CPE: 403 205 044-91  
 RG: 71 6486  
 REG: 15 RADIOLOGIA  
 FUNÇÃO: FISIOTERAPEUTA

SABENII - REC EM 29 ABR 2019



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
 Número do documento: 19101815461299600000024601641

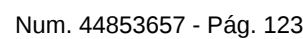
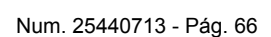
Num. 25440713 - Pág. 65



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 122

SABEMI - REC EM 29 ABR 2019





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

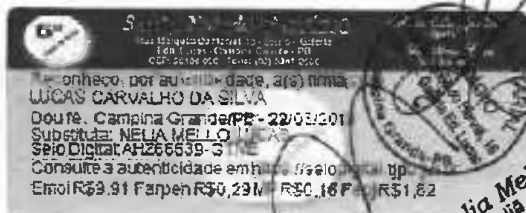
Eu, Lucas Carvalho da Silva  
RG nº 3.931.896, data de expedição 28/12/2010  
Órgão SSP. PB, portador do CPF nº 10957817401  
com domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado de Paraíba,  
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) TV Sertão Laboral, 5ª Terezinha, nº 5542-B,  
complemento B, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
Julio Cesar Silva Silveira, cujo o condutor era  
Julio Cesar Silva Silveira  
Veículo CG 160 Start Modelo 160 Start Ano: 2018  
Placa: QSD 1758 Chassi: 9C2KE2500R132232  
Data do Acidente: 26/01/19

SABEMI - REC. EM 29 ABR 2019

Local e Data: Campina Grande 30/03/19

Assinatura do Declarante

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



Nelia Mello Lucas  
Tabelião Substituto  
Ofício do 6º Ofício  
Cidade - Campina Grande - PB



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910181546129960000024601641>  
Número do documento: 1910181546129960000024601641

Num. 25440713 - Pág. 67



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 124



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Ramas de Azevedo  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 408.289.644, 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Julio Cesar Silva Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.069.904, 57  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima Julio Cesar Silva Silveira  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 112.069.904, 57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: --- Renda: --- e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                               |                          |                              |
|-----------------------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| Endereço: <u>Rua Vital Francisco da Silva</u> | Número: <u>63</u>        | Complemento: <u>3º andar</u> |
| Bairro: <u>CENTRO</u>                         | Cidade: <u>Buimachás</u> | Estado: <u>PB</u>            |
| E-mail: <u>antoniogoncalvesde@outlook.com</u> | CER: <u>58475.000</u>    |                              |
|                                               |                          | Tel.(DDD):                   |

Local e Data: Campina Grande 30/03/19

Jose Ramas de Azevedo  
Assinatura do Declarante

DLDR001 V003/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461299600000024601641>  
Número do documento: 19101815461299600000024601641

Num. 25440713 - Pág. 68



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 125



Seguradora Líder - DPVAT

### PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresa com sede na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º andar - Centro - RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado na forma de seu Estatuto Social por seu Diretor Jurídico, MARCELO DAVOLI LOPES, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção de São Paulo, sob o número 143.370, inscrito no CPF/MF sob o número 132.870.808-00, e por seu Diretor de Relações Institucionais, JOSÉ MÁRCIO BARBOSA NORTON, brasileiro, casado, economista, portador da cédula de identidade RG nº 836.366 expedida pela SSP/MG, inscrito no CPF/MF sob o nº 174.562.157-15, nomeia e constituem seus bastantes procuradores, Drs. VALDIR DIAS DE SOUSA JÚNIOR, brasileiro, casado, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Rio de Janeiro, sob o número 122.882, inscrito no CPF/MF sob o número 012.310.027-51; MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Rio de Janeiro, sob o número 135.132, inscrita no CPF/MF sob o número 082.987.197-26; THERÉZINHA COIMBRA FRANÇA, brasileira, divorciada, advogada, inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Rio de Janeiro, sob o número 92420, inscrita no CPF/MF sob o número 542.587.407/30; TODOS INTEGRANTES DA SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresa com sede na Rua Senador Dantas, nº 74 - 14º andar - Centro - RJ, CEP 20031-205, aos quais, independentemente da ordem ou nomeação, confere plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *Ad Judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações e recursos competentes e defender a Outorgante nos contrários, usando de todos os recursos legais, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, conciliar nos termos dos artigos 447 e seguintes do Código de Processo Civil, nomear prepostos para representá-la judicialmente, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos para o fiel cumprimento do presente mandato, inclusive sublevar, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, ficando, desde já, autorizados a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente do alvará de pagamento, em nome de qualquer pessoa física, devendo todo o qualquer levantamento, judicial ou em instituições financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a

Procedendo como a parte contratante, a Seguradora Líder DPVAT realiza a presente procuração a fim de:



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 126

OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito. Devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1789-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos termos da Portaria SUSEP nº 2.797, de 04/12/2007.

MARCELO DAVOLI LOPES

JOSE MARCIO BARBOSA NORTON

[illegible]

FROM: [redacted] TO: [redacted] RE: [redacted]



Num. 25440604 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 127



Seguradora Líder - DPVAT

### SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato anexo, substabeleço, com reservas de iguais, na pessoa do Dr. ANTONIO EDUARDO GONÇALVES DE RUEDA, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PE nº 16.983, com escritório na Rua Condado, 77, Bairro de Parnamirim, Recife - PE, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre - DPVAT, ficando, desde já, VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente do alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física, devendo todo o qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1765-0, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº 00.246.608/0001-04, nos estritos termos da Portaria SUSEP nº 2.797, de 04/12/2007.

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2014.

Valdir Dias da Silva Júnior

Valdir Junior  
Gerente Jurídico Confidencial



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 3

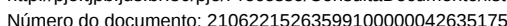


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 128

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

1978  
 1979  
 1980  
 1981  
 1982  
 1983  
 1984  
 1985  
 1986  
 1987  
 1988  
 1989  
 1990  
 1991  
 1992  
 1993  
 1994  
 1995  
 1996  
 1997  
 1998  
 1999  
 2000  
 2001  
 2002  
 2003  
 2004  
 2005  
 2006  
 2007  
 2008  
 2009  
 2010  
 2011  
 2012  
 2013  
 2014  
 2015  
 2016  
 2017  
 2018  
 2019  
 2020  
 2021  
 2022  
 2023  
 2024  
 2025  
 2026  
 2027  
 2028  
 2029  
 2030  
 2031  
 2032  
 2033  
 2034  
 2035  
 2036  
 2037  
 2038  
 2039  
 2040  
 2041  
 2042  
 2043  
 2044  
 2045  
 2046  
 2047  
 2048  
 2049  
 2050  
 2051  
 2052  
 2053  
 2054  
 2055  
 2056  
 2057  
 2058  
 2059  
 2060  
 2061  
 2062  
 2063  
 2064  
 2065  
 2066  
 2067  
 2068  
 2069  
 2070  
 2071  
 2072  
 2073  
 2074  
 2075  
 2076  
 2077  
 2078  
 2079  
 2080  
 2081  
 2082  
 2083  
 2084  
 2085  
 2086  
 2087  
 2088  
 2089  
 2090  
 2091  
 2092  
 2093  
 2094  
 2095  
 2096  
 2097  
 2098  
 2099  
 2100  
 2101  
 2102  
 2103  
 2104  
 2105  
 2106  
 2107  
 2108  
 2109  
 2110  
 2111  
 2112  
 2113  
 2114  
 2115  
 2116  
 2117  
 2118  
 2119  
 2120  
 2121  
 2122  
 2123  
 2124  
 2125  
 2126  
 2127  
 2128  
 2129  
 2130  
 2131  
 2132  
 2133  
 2134  
 2135  
 2136  
 2137  
 2138  
 2139  
 2140  
 2141  
 2142  
 2143  
 2144  
 2145  
 2146  
 2147  
 2148  
 2149  
 2150  
 2151  
 2152  
 2153  
 2154  
 2155  
 2156  
 2157  
 2158  
 2159  
 2160  
 2161  
 2162  
 2163  
 2164  
 2165  
 2166  
 2167  
 2168  
 2169  
 2170  
 2171  
 2172  
 2173  
 2174  
 2175  
 2176  
 2177  
 2178  
 2179  
 2180  
 2181  
 2182  
 2183  
 2184  
 2185  
 2186  
 2187  
 2188  
 2189  
 2190  
 2191  
 2192  
 2193  
 2194  
 2195  
 2196  
 2197  
 2198  
 2199  
 2200  
 2201  
 2202  
 2203  
 2204  
 2205  
 2206  
 2207  
 2208  
 2209  
 2210  
 2211  
 2212  
 2213  
 2214  
 2215  
 2216  
 2217  
 2218  
 2219  
 2220  
 2221  
 2222  
 2223  
 2224  
 2225  
 2226  
 2227  
 2228  
 2229  
 2230  
 2231  
 2232  
 2233  
 2234  
 2235  
 2236  
 2237  
 2238  
 2239  
 2240  
 2241  
 2242  
 2243  
 2244  
 2245  
 2246  
 2247  
 2248  
 2249  
 2250  
 2251  
 2252  
 2253  
 2254  
 2255  
 2256  
 2257  
 2258  
 2259  
 2260  
 2261  
 2262  
 2263  
 2264  
 2265  
 2266  
 2267  
 2268  
 2269  
 2270  
 2271  
 2272  
 2273  
 2274  
 2275  
 2276  
 2277  
 2278  
 2279  
 2280  
 2281  
 2282  
 2283  
 2284  
 2285  
 2286  
 2287  
 2288  
 2289  
 2290  
 2291  
 2292  
 2293  
 2294  
 2295  
 2296  
 2297  
 2298  
 2299  
 2300  
 2301  
 2302  
 2303  
 2304  
 2305  
 2306  
 2307  
 2308  
 2309  
 2310  
 2311  
 2312  
 2313  
 2314  
 2315  
 2316  
 2317  
 2318  
 2319  
 2320  
 2321  
 2322  
 2323  
 2324  
 2325  
 2326  
 2327  
 2328  
 2329  
 2330  
 2331  
 2332  
 2333  
 2334  
 2335  
 2336  
 2337  
 2338  
 2339  
 2340  
 2341  
 2342  
 2343  
 2344  
 2345  
 2346  
 2347  
 2348  
 2349  
 2350  
 2351  
 2352  
 2353  
 2354  
 2355  
 2356  
 2357  
 2358  
 2359  
 2360  
 2361  
 2362  
 2363  
 2364  
 2365  
 2366  
 2367  
 2368  
 2369  
 2370  
 2371  
 2372  
 2373  
 2374  
 2375  
 2376  
 2377  
 2378  
 2379  
 2380  
 2381  
 2382  
 2383  
 2384  
 2385  
 2386  
 2387  
 2388  
 2389  
 2390  
 2391  
 2392  
 2393  
 2394  
 2395  
 2396  
 2397  
 2398  
 2399  
 2400  
 2401  
 2402  
 2403  
 2404  
 2405  
 2406  
 2407  
 2408  
 2409  
 2410  
 2411  
 2412  
 2413  
 2414  
 2415  
 2416  
 2417  
 2418  
 2419  
 2420  
 2421  
 2422  
 2423  
 2424  
 2425  
 2426  
 2427  
 2428  
 2429  
 2430  
 2431  
 2432



Número do documento: 21062215263599100000042635175



SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
REALIZADA EM 25 DE SETEMBRO DE 2013

**DATA, HORA E LOCAL:** Aos 25 (vinte e cinco) dias do mês de setembro de 2013, às 16:30 horas, na sede social da Companhia, na Cidade do Rio de Janeiro, RJ.

**CONVOCAÇÃO:** Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 18 de setembro de 2013.

**PRESEÇA:** Presentes os conselheiros Luiz Tavares Pereira Filho, Casimiro Blanco Gomez, Antônio Eduardo Marques de Figueiredo Tindade, Bernardo Dieckmann, Francisco Alves de Souza, Hólio Hiroshi Kinoshita, Jails de Mendonça Alexandria, José Carlos Lyrio Rocha, Julio Cezar Alves de Oliveira, Míelo Novais de Albuquerque Cavalcanti, Paulo de Oliveira Modelos, Rosana Techima Salsano, respectivamente Presidente, Vice-Presidente, e os demais conselheiros do Conselho de Administração. Presentes Leandro Evangelista Poli e Sérgio Wilson Ramos Junior, conselheiros eleitos, sem voto porque ainda não homologados. Presentes também os conselheiros suplentes Eli Nunes de Alcantara Bezerra, Jorge Carvalho, Jorge de Souza Andrade e Sidney Maury Senloma, que, como os presentes respectivo conselheiros titulares, compareceram à reunião sem direito a voto. Presentes ainda Ricardo de Sá Acatauassú Xavier, José Márcio Barbosa Norton, Marcelo Davoli Lopes, Claudio Mendes Ladeira e Marcus Vinícius Cataldo de Felipe, respectivamente Diretor Presidente e os demais diretores da Companhia.

**MESA DE TRABALHO:** Presidente: Luiz Tavares Pereira Filho; Secretário: André Leal Faoro.

**ORDEN DO DIA:** (I) Eleição dos membros da Diretoria Executiva; (II) Ratificação das designações específicas dos membros da Diretoria Executiva; e (III) Assuntos Gerais.

**DELIBERAÇÕES TOMADAS:** (I) Os membros do Conselho deliberaram, por unanimidade, reeleger os senhores RICARDO DE SA ACATAUASSÚ XAVIER, brasileiro, casado, engenheiro, titular do documento de identidade no. 03.891.764-7, expedido pelo DETRAN/RJ, inscrito no CPF/MF sob o no. 728.150.517-53, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro como Diretor-Presidente da Companhia; JOSÉ MÁRCIO BARBOSA NORTON, brasileiro, casado, economista, titular do documento de identidade no. 836.366, expedido pelo SSP/MG, inscrito no CPF/MF sob o no. 174.562.157-15, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, como Diretor sem designação específica; MARCELO DAVOLI LOPES, brasileiro, casado, advogado, titular do documento de identidade no. 019842307-X, expedido pela SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o no. 132.870.803-06, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, como Diretor sem designação específica; CLAUDIO MENDES LADEIRA, brasileiro, solteiro, securitário, titular do documento de identidade nº 06766244-5, expedido pelo IFRJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 912.422.907-53, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, como Diretor sem designação específica e MARCUS VINÍCIUS CATALDO DE FELIPPE, brasileiro, casado, engenheiro civil, titular do documento de identidade no. M.1.777.953, expedido pela SSP/MG, inscrito no CPF/MF sob o no. 521.462.436-00, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, como Diretor sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia. Os diretores eleitos terão mandato de 11 de outubro de 2013 até o dia 10 de outubro de 2014, permanecendo no cargo até a investidura de novos administradores. Os Diretores ora eleitos declaram que não estão incurso em nenhum crime que o impeçam de desempenhar atividade mercantil e, ainda, não estarem inabilitados para tanto, nos termos da lei. Os Diretores eleitos declaram, por fim, que preenchem os requisitos previstos na legislação em vigor, em especial os constantes das Resoluções nº 65/2001 e 136/2005, ambas do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP. A remuneração de

Certidão da Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizada em 25 de setembro de 2013  
Página 1 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910181546148990000024601534>  
Número do documento: 1910181546148990000024601534

Num. 25440604 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 132



2830951 O diretor observará o limite global de remuneração estabelecido na Assembleia Geral Ordinária da Companhia realizada em 27 de março de 2013; (II) Os conselheiros deliberaram, por unanimidade, reafirmar as designações específicas dos diretores responsáveis perante a Superintendência do Seguro Privado - SUSEP, de seguinte forma: (a) Marcus Vinícius Cetoldo de Felipe; diretor responsável administrativo-financeiro e diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade; (b) José Márcio Barbosa Norton; diretor responsável pelo relacionamento com a SUSEP; (c) Marcelo Davoli Lopes; diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613/98, na Circular SUSEP nº 442/2012 e nas demais regulamentações complementares e diretor responsável pelos controles internos; (d) Cláudio Mendes Ladeira; diretor responsável técnico pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento dos procedimentos anuais previstos nas normas em vigor junto à SUSEP e diretor responsável pela prevenção de fraudes. As designações específicas deverão ser ratificadas na próxima Assembleia Geral da Companhia, na forma da regulamentação da SUSEP em vigor. As designações específicas deverão ser ratificadas pelos acionistas na próxima Assembleia Geral da Companhia, na forma da regulamentação da SUSEP em vigor. Os conselheiros presentes declararam, expressamente, que foram observadas as disposições legais atinentes à convocação, quórum de instalação e deliberação para esta reunião. Os conselheiros e os diretores ora reeleitos declaram inexistir parentesco, até o terceiro grau, entre administradores e membros do Conselho Fiscal da Companhia, bem como declaram que os integrantes do referido órgão estatutário não integram o quadro de empregados da Companhia; e (III) Os membros do Conselho de Administração nada discutiram e título de assuntos gerais.

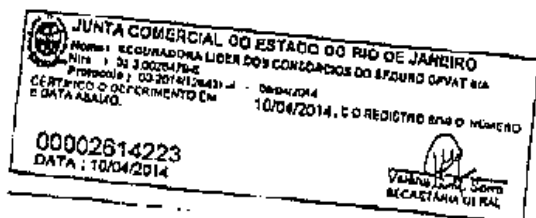
**VALIDADE DAS DELIBERAÇÕES:** Os membros do Conselho de Administração da Companhia e os membros da Diretoria ora reeleitos declaram estar cientes de que as deliberações heitas nesta reunião estão condicionadas à homologação pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

**ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA:** Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma do sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes. Assinaturas: (ass.) Luiz Tavares Pereira Filho - Presidente do Conselho; (ass.) Casimiro Blanco Gomez - Conselheiro Vice-Presidente; (ass.) Antônio Eduardo Marques de Figueiredo Trindade - Conselheiro; (ass.) Bernardo Dieckmann - Conselheiro; (ass.) Francisco Alves de Souza - Conselheiro; (ass.) Hélio Hiroshi Kinoshita - Conselheiro; (ass.) Jéssica de Mendonça Alexandre - Conselheiro; (ass.) José Carlos Lyrio Rocha - Conselheiro; (ass.) Julio Cesar Alves de Oliveira - Conselheiro; (ass.) Márcio Noves de Albuquerque Cavalcanti - Conselheiro; (ass.) Paulo de Oliveira Medeiros - Conselheiro; (ass.) Rosana Techime Salsano - Conselheiro; (ass.) Leandro Evangelista Pöll - Conselheiro e (ass.) Sérgio Wilson Ramos Junior - Conselheiro, os dois últimos conselheiros eleitos, sem voto porque ainda não homologados.

Certifico que a presente é cópia fiel da ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de Administração da Companhia

Rio de Janeiro, 10 de dezembro de 2013.

André Leal Faoro  
Secretário



Cópia da Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizada em 23 de dezembro de 2013  
Página 2 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910181546148990000024601534>  
Número do documento: 1910181546148990000024601534

Num. 25440604 - Pág. 8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 133

02  
837

SEGUROADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS  
DO SEGURO PRIVAT S.A.  
NIRE nº 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-01

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
REALIZADA EM 26 DE SETEMBRO DE 2012**

**DATA, HORA E LOCAL:** Aos 26 (vinte e seis) dias do mês de setembro de 2012, às 16:00 horas, na sede social da Companhia, na Cidade do Rio de Janeiro, RJ.

**CONVOCACÃO:** Os membros do Conselho de Administração foram convocados por e-mail eletrônico enviada em 19 de setembro de 2012.

**PRESEÇA:** Presentes os conselheiros Luiz Tavares Pereira Filho, Francisco Alves de Souza, Osvaldo Pimenta Germino Santos, Hélio Hiroshi Kinoshita, João Gilberto Possigle, Jorge Carvalho, Jorge de Souza Andrade, José Carlos Lyrio Rocha, Julio Cezar Alves de Oliveira, Jovencio Cavalcante Braga, Sidney Maury Santana, Marcelo Goldmann e Marcus Vinicius Lopes Martins. Presentes ainda os conselheiros Eli Nunes de Alcantara Bezerra e Paulo de Oliveira Medeiros, que, por força da presença dos respectivos conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias em discussão, da ordem do dia. Presentes, na condição de convidados, Ricardo de Sá Acatavassu Xavier, Marcelin Davoli Lopes, José Márcio Brito Norton, Claudio Mendes Ladeira e Marcus Vinicius Cataldo de Felipe, respectivamente Diretor Presidente, Diretor Jurídico, Diretor de Relações Institucionais, Diretor de Operações da Companhia e Superintendente de Infraestrutura da Companhia.

**MESA DE TRABALHO:** Presidente: Luiz Tavares Pereira Filho; Secretário: André Leal Fagundes.

**ORDEM DO DIA:** (I) Eleição dos membros da Diretoria Executiva; (II) Ratificação das designações específicas dos membros da Diretoria Executiva; e (III) Assuntos Gerais.

**DELIBERAÇÕES TOMADAS:** (I) Os membros do Conselho deliberaram, por unanimidade, reeleger os senhores RICARDO DE SÁ ACATAVASSU XAVIER, brasileiro, casado, engenheiro, titular do documento de identidade no. 05.891.764-7, expedido pelo DETRAN/RJ, inscrito no CPF/MF sob o no. 728.150.517-53, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, como Diretor Presidente da Companhia; JOSÉ MÁRCIO BARBOSA NORTON, brasileiro, casado, economista, titular do documento de identidade no. 834.366, expedido pelo SSP/MG, inscrito no CPF/MF sob o no. 174.562.157-15, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, como Diretor sem designação específica; MARCELIN DAVOLI LOPES, brasileiro, casado, advogado, titular do documento de identidade no. 016.842.330-X, expedido pelo SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o no. 132.870.808-06, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, como Diretor sem designação específica; CLAUDIO MENDES LADEIRA, brasileiro, solteiro, secretário, titular do documento de identidade no. 067.662.44-5, expedido pelo IPR/RJ, inscrito no CPF/MF sob o no. 912.422.907-53, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, como Diretor sem designação específica e MARCUS VINICIUS CATALDO DE FELIPE, brasileiro, casado, engenheiro civil, titular do documento de identidade no. M.1.777.953, expedido pelo SSP/MG, inscrito no CPF/MF sob o no. 521.462.436-00, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, como Diretor sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia. Os diretores eleitos terão mandato de 11 de outubro de 2012 até o dia 10 de outubro de 2013, permanecendo em exercício até a investidura de novos administradores. Os

Certidão da Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro PRIVAT S.A. realizada em 26 de setembro de 2012  
Página 1 de 2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910181546148990000024601534>  
Número do documento: 1910181546148990000024601534

Num. 25440604 - Pág. 9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 134

02  
Exp.

Diretores ora elitos declaram que não estão incurso em nenhum crime que a interpretação de desenterrar atividade mercantil e, ainda, não estejam inabilitados para tanto, nos termos da Lei. Os Diretores eleitos declaram, por fim, que preenchem os requisitos previstos na legislação em vigor, em especial os constantes das Resoluções nº 65/2001 e 136/2005, ambos do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP. A remuneração do diretor observará o limite global de remuneração estabelecido na Assembleia Geral Ordinária da Companhia realizada em 28 de março de 2012; (ii) Os conselheiros deliberaram, por unanimidade, ratificar as designações específicas dos diretores responsáveis perante a Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, da seguinte forma: (a) Marcus Vinicius Catão de Felipe: diretor designado responsável administrativo-financeiro e responsável pela contabilidade; (b) José Márcio Barbosa Norton: diretor designado responsável pelo procedimento de contabilidade; (c) José Márcio Barbosa Norton: diretor designado responsável pelo relacionamento com a SUSEP; (d) Marcelo Lopes Davoli: diretor designado responsável pelo cumprimento da Lei nº 9.613/98 e diretor designado responsável pelos controles internos; (e) Cláudio Mendes Ladeira: diretor designado responsável técnico e diretor designado responsável pela prevenção de fraudes. As designações específicas deverão ser ratificadas na próxima Assembleia Geral da Companhia, na forma da regulamentação da SUSEP em vigor. As designações específicas deverão ser ratificadas pelo acionistas na próxima Assembleia Geral da Companhia, na forma da regulamentação da SUSEP em vigor. Os conselheiros presentes declaram, expressamente, que foram observadas as disposições legais pertinentes à convocação, quórum de instalação e deliberação para esta reunião. Os conselheiros e os diretores ora eleitos declaram inexistir parentesco, até o terceiro grau, entre administradores e membros do Conselho Fiscal da Companhia, bem como declaram que os integrantes do referido órgão estatutário não integram o quadro de empregados da Companhia; e (iii) Os membros do Conselho de Administração nada discutiram a título de assuntos pennis.

**VALIDADE DAS DELIBERAÇÕES:** Os membros do Conselho de Administração da Companhia e os membros da Diretoria ora eleitos declaram estar cientes de que as deliberações lidas nesta reunião estão condicionadas à homologação pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP.

**ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA:** Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de número dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes. Assinaturas: (ass.) Luiz Távares Pereira Filho - Presidente da Mesa; (ass.) André Leal Faoro - Secretário; (ass.) Francisco Alves de Souza - Conselheiro; (ass.) Gustavo Pinheiro Guimarães - Conselheiro; (ass.) Hélio Hiroshi Kitashima - Conselheiro; (ass.) João Gilberto Possiede - Conselheiro; (ass.) Jorge Carvallin - Conselheiro; (ass.) Jorge de Souza Andrade - Conselheiro; (ass.) José Carlos Lyrio Rocha - Conselheiro; (ass.) Julio Cezar Alves de Oliveira - Conselheiro; (ass.) Juvêncio Cavalcante Braga - Conselheiro; (ass.) Sidney Maury Sentoma - Conselheiro; (ass.) Marcelo Goldman - Conselheiro; (ass.) Marcus Vinicius Lopes Martins - Conselheiro; (ass.) Ricardo de Sá Azeiteiro Xavier - Diretor Presidente reeleito; (ass.) José Márcio Barbosa Norton - Diretor reeleito; (ass.) Marcelo Davoli Lopes - Diretor reeleito; (ass.) Cláudio Mendes Ladeira - Diretor reeleito; (ass.) Marcus Vinicius Catão de Felipe - Diretor reeleito.

Certifico para todos os fins admitidos em direito que esta certidão é reprodução fiel da ata original lavrada em livro próprio da Companhia

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2012

*André Leal Faoro*

André Leal Faoro  
Secretário

Certidão da ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder das Consórcios do Seguro D'VAT S.A. realizada em 26 de setembro de 2012  
Página 2 de 2

**SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**  
(em organização)

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**  
realizada em 10 de Outubro de 2007.

**1. DATA, HORA E LOCAL:**

Aos 10 (dez) dias do mês de outubro de 2007, às 16:00 horas, na sede social da Companhia, na Cidade do Rio de Janeiro, RJ.

**2. PRESENÇA:**

Presentes os conselheiros Srs. Casimiro Blanco Gómez, Gilberto Duarte de Almeida Filho, Idacelmo Mendes Vieira, Juvêncio Cavalcante Braga, Leuro Magro Agrixi, Luiz Tavares Pereira Filho, Emerson Bernardes da Silva, Tadasli Komamura, Luiz Augusto Gomes, Gustavo Pimenta Germano Santos, Miguel Junqueira Pereira, Múcio Novais de Albuquerque Cavalcanti, Júlio Cezar Alves de Oliveira, Luiz Eduardo Fidalgo e Mauro César Batista.

Secretário: André Leal Faoro

**3. ORDEM DO DIA:**

- (i) Eleição do Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração;
- (ii) Eleição da Diretoria da Companhia; e
- (iii) Convocação de Assembleia Geral Extraordinária para eleição de 6 (seis) membros do Conselho de Administração da Companhia, se necessário.

**4. DELIBERAÇÕES TOMADAS:**

- (i) Por estarem exercendo cargos equivalentes no Grupo de Trabalho de Reestruturação dos Convênios do Seguro DPVAT, foram eleitos por unanimidade os Srs. Luiz Tavares Pereira Filho para presidente e o Sr. Casimiro Blanco Gómez para vice-presidente deste Conselho de Administração;
- (ii) Foram eleitos por unanimidade os Srs. RICARDO DE SÁ ACATAUASSÚ XAVIER, brasileiro, casado, engenheiro, titular do documento de identidade no. 03.891.764-7, expedido pelo SSP/FP, inscrito no CPF/MF sob o no. 728.150.517-53, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro para diretor-presidente da Companhia; o Sr. JOSÉ MÁRCIO BARBOSA NORTON, brasileiro, casado, economista, titular do documento de identidade no. 836.366, expedido pelo SSP/MG, inscrito no CPF/MF sob o no. 174.562.157-15, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, MARCELO DAVOLI LOPES, brasileiro, casado, advogado, titular do documento de identidade no. 019842307-X, expedido pelo SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob o no. 132.870.808-06, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro e REGINA MARIA RANGEL FARIAS, brasileira, solteira, engenheira, titular do documento de identidade no. 04.834.066-5, expedido pelo IFP/RJ, inscrita no CPF/MF sob o no. 901.089.907-10, residente e domiciliada na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para diretores da Companhia.

- (iii) Deliberou-se, por fim, por unanimidade convocar assembleia geral extraordinária, encerrando-se a reunião.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 136

exigida pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, para o dia 7 de Novembro de 2007, para eventual ratificação da eleição de membros do Conselho de Administração da Companhia ocorrida na Assembleia realizada no dia 10 de outubro de 2007, tendo em vista a possível exigência de prévia publicação de declaração de propósito.

#### 5. VALIDADE DAS DELIBERAÇÕES

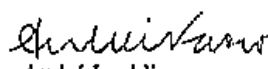
(i) Declaram os membros do Conselho de Administração abaixo assinados que estão cientes de que: Os atos aqui praticados estão condicionados à homologação pela Superintendência de Seguros Privados – SUSEP da sua eleição na Assembleia de Constituição da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A. para integrar o presente Conselho de Administração, bem como à homologação pela SUSEP desta reunião.

#### 6. ENCERRAMENTO:

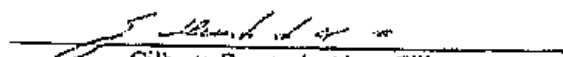
Nada a mais a ser tratado, encerrou-se a reunião e lavrou-se a presente ata.

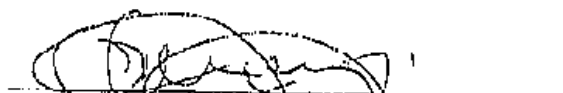
Rio de Janeiro, 10 de outubro de 2007

  
Luiz Távares Pereira Filho  
Presidente do Conselho

  
André Leal Fuoro  
Secretário

  
Casimiro Blanco Gómez

  
Gilberto Duarte de Abreu Filho

  
Idacelmo Mendes Vieira

  
Juvêncio Cavalcante Braga

  
Lauro Magno Aguzzi

  
2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 12



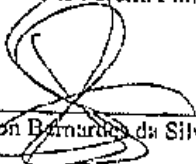
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 137

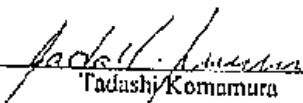
Continuação da Ata da 1ª Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder dos  
Consórcios DPVAT S.A. realizada em 10 de outubro de 2007



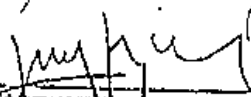
Luiz Tavares Pereira Filho



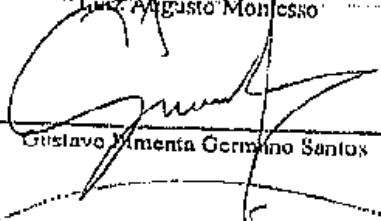
Emerson Bernardino da Silva



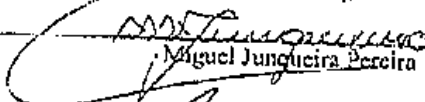
Tadashi Komamura



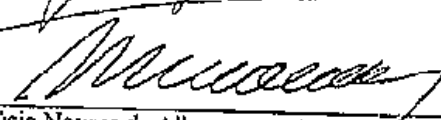
Luiz Augusto Montesano



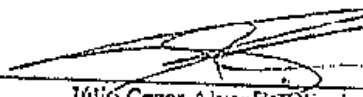
Gustavo Mimenta Germino Santos



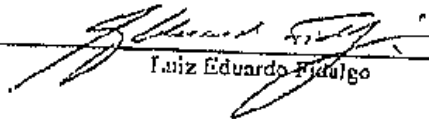
Miguel Junqueira Pereira



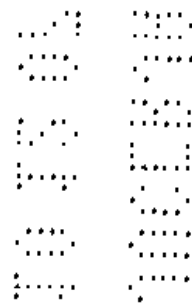
Múcia Novaes de Albuquerque Cavalcanti



Júlio César Alves de Oliveira



Luiz Eduardo Fidalgo



3



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 13



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 138

Continuação da Ata da 1ª Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder dos  
Consórcios DPVAT S.A. realizada em 10 de outubro de 2007

  
\_\_\_\_\_  
Mauro César Batista

4 3  
2 2  
1 2  
0 2

   
4



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 14



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 139

**ATA DE ASSEMBLÉIA GERAL DE CONSTITUIÇÃO DOS CONSÓRCIOS DE  
OPERAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS  
POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT PARA AS  
CATEGORIAS 3 e 4.**

**REALIZADA EM 12 DE SETEMBRO DE 2007**

Aos 12 dias do mês de setembro de 2007, às 14:00 hs, na cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 13º andar, foi aberta a assembleia geral para deliberar sobre a constituição dos CONSÓRCIOS DE OPERAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT PARA AS CATEGORIAS 3 e 4, com a presença das sociedades seguradoras abaixo assinadas, foi dada a palavra ao Presidente da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização - FENASEG, Sr. João Tilsio Ferraz de Campos, que convidou o Sr. Miguel Junqueira Pereira para integrar a mesa e, por aclamação, entregou a presidência dos trabalhos ao Sr. Luiz Tavares Pereira Filho, que convidou o Sr. André Enoro para secretariá-lo. Dando início aos trabalhos, o Sr. Presidente declarou que, como era do conhecimento dos presentes, a Assembleia tinha por finalidade a constituição dos CONSÓRCIOS DE OPERAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT PARA AS CATEGORIAS 3 e 4, conforme determinado pelo Artigo 5º da Resolução CNSP no. 154/06. Como matéria de ordem preliminar o procurador da Genes Seguradora S.A., Sr. Vasco Maestri Trindade, levantou questão prejudicial no tocante a pretensa irregularidade da instalação e do objeto da pauta da presente Assembleia Geral que, colocada em votação, foi rejeitada por todos os presentes, exceto o representante da Genes Seguradora S.A. Observadas as formalidades legais, os Instrumentos de Consórcio 3 e 4. O Sr. Vasco Maestri Trindade suscitou proposta de alteração do artigo 11.1 dos Instrumentos de Consórcio de Operação do Seguro DPVAT, para que conste ao invés de 20% como quorum para convocação de assembleias anuais o percentual de 5% conforme determina o artigo 123, Parágrafo Único, letra g, da Lei das S.A.; o Sr. Casimiro Blanco, representante da Porto Seguro Cia de Seguros Gerais sugeriu que ao invés de 5% não se fixasse montante ao percentual do quorum necessário, mas somente ao dispositivo legal da Lei das S.A.; colocada em votação, foi aprovada a sugestão na forma sugerida pelo Sr. Casimiro Blanco. O Sr. Vasco Maestri Trindade suscitou proposta para que fosse estipulado voto individual por Seguradora participante dos convênios, com igual peso; colocada em discussão, a proposta foi rejeitada por unanimidade. Lido os Instrumentos de Consórcio, foram aprovados por todos os presentes nos termos transcritos abaixo, tendo o Presidente, então, declarado constituídos os referidos Consórcios que entrarão em operação a partir do 1º de fevereiro de 2008.

**Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios da Seguro DPVAT**  
**Pág. 1 de 20**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 15



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 140

**-INSTRUMENTO DE CONSÓRCIO DE OPERAÇÃO DO SEGURO  
OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT, PARA AS CATEGORIAS 3 e 4.**

As companhias de seguros que subscrevem o presente instrumento de Consórcio, doravante denominadas Seguradoras a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização - FENASEO, na qualidade de Interviente-incidente,

Considerando:

- (d) que o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) determina, por meio da Resolução CNSP nº 154/06, que, para operar no seguro DPVAT, as sociedades seguradoras deverão aderir simultaneamente a dois Consórcios específicos, um englobando as categorias 1, 2, 9 e 10 e o outro, as categorias 3 e 4;
- (e) que, segundo a referida Resolução, cada um dos Consórcios terá como entidade líder uma seguradora especializada em seguro DPVAT, podendo a mesma seguradora ser a entidade líder dos dois Consórcios;
- (f) ainda, os demais dispositivos da Resolução CNSP nº 154/06, que tratam da operação conjunta do seguro DPVAT, bem assim o restante da legislação que lhe seja aplicável;

CONVENCIONAM entre si, o que se segue:

**Cláusula 1ª - CONSÓRCIO PARA OPERAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

As Seguradoras, em conjunto e sob a forma de Consórcio, operarão o seguro DPVAT para os veículos automotores classificados nas categorias 3 e 4 da Tabela de Prêmios de DPVAT, assumindo direitos e obrigações resultantes dos contratos celebrados com os proprietários de veículos através dos bilhetes conjugados aos certificados de registro e licenciamento emitidos pelas autoridades estaduais de trânsito, com as exclusões previstas naquela mesma Resolução. O presente instrumento de Consórcio será encaminhado à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP e registrado em um dos Cartórios de Títulos e Documentos na sede da Seguradora Líder do Consórcio.

**Cláusula 2ª - ADESÃO SIMULTÂNEA AOS DOIS CONSÓRCIOS**

Para operar no seguro DPVAT, as companhias seguradoras deverão aderir, simultaneamente, aos dois consórcios específicos, um englobando as categorias 1, 2, 9 e 10 e o outro, as categorias 3 e 4. Nenhuma Seguradora poderá desligar-se voluntariamente deste Consórcio sem sair simultaneamente do Consórcio para as

Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Fl. 9 de 10

*[Assinaturas manuscritas]*



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 16



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 141

categorias 1, 2, 3 e 10, em razão das disposições do parágrafo 6º, do art. 5º, da Resolução CNSP nº 154/06. Os desligamentos voluntários ficam sujeitos às regras estabelecidas na Cláusula 13.

### Cláusula 3ª - ADMISSÃO E VEDAÇÃO AO DESLIGAMENTO COMPULSÓRIO

3.1. A admissão de novas Seguradoras será feita mediante manifestação escrita de adesão a este Consórcio da interessada, da qual conste declaração de aceitação integral das cláusulas e condições deste Consórcio acompanhada da comprovação da autorização da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP para operar no Seguro DPVAT e de requerimento para adesão ao Consórcio das categorias 3 e 4, só ocorrendo seu ingresso no ano Civil subsequente ao da sua manifestação.

3.2. Nenhuma Seguradora poderá ser desligada deste Consórcio por deliberação dos demais, ressalvada a hipótese de cancelamento de sua autorização para operar em DPVAT, pela autoridade competente.

### Cláusula 4ª - RESPONSABILIDADE

4.1. - Cada Seguradora vinculada a este Consórcio é responsável pelas operações do Seguro DPVAT na proporção correspondente a sua respectiva quota, participando com esse percentual das receitas e despesas referentes à operação do referido seguro. A quota de cada Seguradora será calculada anualmente da seguinte forma: metade na proporção do patrimônio líquido ajustado, e metade de forma correspondente à fração resultante da divisão de um pelo número de Seguradoras.

4.2. - Em 1º de Abril de cada ano, os valores das quotas serão recalculados com base no patrimônio líquido ajustado apurado no balanço patrimonial publicado referente ao exercício imediatamente anterior.

4.3. - Adicionalmente, os valores das quotas serão também recalculados em 1º de Janeiro de cada ano em função dos ingressos e desligamentos das seguradoras do presente Consórcio ocorridos no exercício imediatamente anterior.

4.4. - Caso a SUSEP altere substancialmente as regras relativas à definição de patrimônio líquido ajustado das sociedades seguradoras ou as torne inaplicáveis ao Consórcio, a critério da assembleia das Seguradoras, será utilizada, para fins deste Instrumento, a seguinte definição de Patrimônio Líquido Ajustado: é o patrimônio líquido contábil ajustado pelas seguintes (i) adições (receitas do exercício futuro, efetivamente recebidas) e (ii) deduções (o valor das participações diretas e indiretas em sociedades seguradoras, sociedades de capitalização, entidades abertas de previdência complementar organizadas sob a forma de sociedade anônima, sociedades resseguradoras, operadoras de planos de saúde, bancos e demais instituições financeiras, atualizadas pela efetiva equivalência patrimonial; 50% (cinquenta por cento) do valor das participações holonéticas diretas e indiretas em empresas coligadas e controladas ou outras atividades, atualizadas pela equivalência patrimonial; despesas de exercícios

Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Fl. 10 de 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910181546148990000024601534>  
Número do documento: 1910181546148990000024601534

Num. 25440604 - Pág. 17



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 142

impostos efetivamente despendidas; despesas municipais; os créditos tributários decorrentes do prejuízo fiscal de imposto de renda e bases negativas de contribuição social; marcas e patentes; imóveis rurais; Ativo Diferido; direitos e obrigações relativos à operação de sucursais no exterior).

#### Cláusula 5ª - ATENDIMENTO

Cada Seguradora compromete-se a atender os usuários e os beneficiários do seguro DPVAT das categorias a que se refere este Consórcio, sempre que for por eles procurada em qualquer das suas dependências no território nacional, obrigando-se a encaminhar imediatamente após o recebimento toda a documentação correspondente à Seguradora Líder.

#### Cláusula 6ª - SEGURADORA LÍDER

6.1 - Fica designada para atuar como Seguradora Líder do presente Consórcio, nos termos previstos na legislação em vigor, para representar as Seguradoras, gerir e administrar seus respectivos interesses na operação conjunta do seguro DPVAT e, em aqui convenção, a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede nesta cidade à Rua Senador Dantas n.º 74 - 5º andar, à qual cada uma das Seguradoras, de per si e para o fim acima exposto, concede os mais amplos poderes da cláusula "ad-negotia" e de representação das consorciadas para fins de operação do seguro DPVAT, podendo a referida Seguradora Líder praticar todos os atos de gestão, e de administração necessários à boa execução das operações de seguro relativas a este Consórcio, dar e receber quitação, adquirir ativos, controlar pessoal, contratar serviços de pessoas físicas e jurídicas especializadas, abrir e movimentar as contas bancárias, inclusive junto ao Banco do Brasil S/A, bem como praticar todos os demais atos que se façam necessários ao fiel e cabal cumprimento deste mandato, rateando entre as Seguradoras consorciadas os custos destes atos, na proporção de suas respectivas cotas.

6.2 - A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. deverá suportar todas as obrigações trabalhistas, previdenciárias e tributárias, principais ou acessórias, oriundas dos atos assumidos na condição de gestor do Consórcio, procedendo o rateio dos custos envolvidos entre as Seguradoras consorciadas, na proporção de suas respectivas cotas.

6.3 - Caso a referida SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., em virtude de sanção da SUSEP ou por qualquer outro motivo, fique impedida de exercer as funções para as quais foi designada por este instrumento, será ela substituída como Seguradora Líder; imediatamente, por outra Seguradora especializada em seguro DPVAT, indicado em assembleia das Seguradoras no âmbito do Consórcio.

Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Fl. 11 de 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 143

#### **Cláusula 7 - CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIOS**

A Seguradora Líder do Consórcio poderá firmar convênio com a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização - FENASEQ, e a futura Confederação que vier a sucedê-la, para licitização de atividades administrativas e operacionais e para representá-la junto às autoridades públicas federais, estaduais e municipais para assinatura de convênios e contratos, especialmente com os órgãos executivos de trânsito estaduais e o Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN, com vistas à implementação de medidas que assegurem a arrecadação dos bilhetes do seguro DPVAT e a fiscalização da sua contratação, por ocasião do licenciamento dos veículos.

#### **Cláusula 8 - PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS**

O recolhimento de prêmios, o pagamento das indenizações, despesas de sinistros e de administração e a retenção de fundos para aplicação financeira das provisões e reservas relativas à operação do seguro DPVAT serão realizados pela Seguradora Líder com os recursos do Consórcio, que serão por ela administrados. Caberá também à Seguradora Líder zelar entre as Seguradoras consorciadas as receitas e despesas relativas à operação do Consórcio e prestar, às Seguradoras participantes do Consórcio, as informações necessárias à contabilização de todas as operações do seguro, inclusive da constituição de provisões e reservas exigíveis. Os procedimentos operacionais e demais aspectos necessários ao funcionamento do Consórcio, incluindo a política de investimentos dos ativos garantidores das provisões e reservas, serão estabelecidos pelo Conselho de Administração da Seguradora Líder, nos termos da legislação em vigor.

#### **Cláusula 9 - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

Caberá à Seguradora Líder regular e liquidar os sinistros referentes ao seguro DPVAT. A Seguradora Líder poderá delegar a outras Seguradoras consorciadas ou a terceiros qualificados, os serviços de regulação e os de liquidação de sinistros.

#### **Cláusula 10 - PRESTAÇÃO DE CONTAS**

A Seguradora Líder prestará contas às Seguradoras da gestão do Seguro DPVAT, devendo enviar-lhes, periodicamente, demonstrativos da situação econômico-financeira, bem como encaminhar-lhes informações relevantes sobre a operação.

#### **Cláusula 11 - ASSEMBLÉIA**

11.1. As Seguradoras participantes do Consórcio reunir-se-ão em assembleia, anualmente, nos três primeiros meses do ano, para analisar e aprovar as demonstrações financeiras do consórcio e, extraordinariamente, sempre que necessário, mediante

Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Fl. 12 de 20

*A.* *W* *Im*



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 19



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 144

convocação da Seguradora Líder ou das Seguradoras, em conjunto ou isoladamente, conforme percentual de quotas de participação definida pelo artigo 123, Parágrafo Único, da Lei das Sociedades Anônimas, para a convocação de Assembleia.

11.2 - Nas assembleias, prevalecerão as decisões sufragadas por maioria simples de votos, estabelecido o "quorum" de instalação de 2/3 das Seguradoras em primeira convocação, metade das Seguradoras em segunda convocação e um quarto das Seguradoras nas convocações seguintes;

11.3 - Nas assembleias, a contagem de votos obedecerá ao critério de proporcionalidade das quotas de participação das Seguradoras, estabelecidas na forma do item 4.1;

11.4 - As convocações de assembleias serão feitas por escrito, com antecedência mínima de 10 dias úteis e, em casos urgentes, com antecedência de dois dias úteis;

#### **Clausula 12 - ALTERAÇÕES DO INSTRUMENTO DO CONSÓRCIO**

O presente Instrumento de Consórcio, nos termos da regulamentação em vigor, só poderá ser alterado ou extinto com a concordância de, no mínimo, 2/3 (dois terços) das quotas de participação das seguradoras que o integram na época da alteração;

#### **Clausula 13 - SAÍDA DE SEGURADORA**

13.1 - A Seguradora que pretender desligar-se voluntariamente do Consórcio deverá apresentar, por escrito, um requerimento exercendo o opção de retirada dirigido à Seguradora Líder, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias no término do ano civil prévio àquele em que pretende ser excluída.

13.2 - Analisadas todas as solicitações recebidas, até o prazo previsto no item anterior, a Seguradora Líder verificará se a margem de solvência das seguradoras remanescentes é suficiente para arcar com os compromissos de DPVAT das seguradoras retirantes. Se a margem for suficiente, a Seguradora Líder não poderá recusar os pedidos, a não ser na hipótese do item 13.11, abaixo.

13.3 - A Seguradora que tiver autorizado o seu desligamento estará obrigada a: (a) cessão e transferência de toda a sua parcela do IBNR e demais reservas que mantiver sobre suas operações de DPVAT, para distribuição proporcional às seguradoras remanescentes; b) cessão e transferência de toda a sua parcela da reserva de contingência, constituída para fazer face a todas as exigibilidades, vencidas e a vencer, atribuíveis ao Consórcio até a data da saída e não contabilizadas na reserva de IBNR, para distribuição proporcional entre as seguradoras remanescentes.

13.4 - Para efeito do disposto no item 13.3, serão considerados os valores das reservas segundo o resultado a ser realizado ao final do ano civil em que autorizada a saída. No caso, na reserva de contingência, a seguradora deverá integralizar, em até 12 (doze) prestações mensais, iguais e consecutivas, as eventuais diferenças entre a parcela do ano

Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Fl. 13 de 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 145

responsabilidade calculada com base no valor total projetado para a reserva e a parcela correspondente à sua participação sobre o montante efetivamente integralizado na data da saída.

13.5 - O desligamento da Seguradora produzirá efeitos somente no final do ano civil em que for requerido o desligamento, quando serão apurados os resultados da operação do seguro DPVAT para efeito de distribuição entre as Seguradoras participantes do Consórcio. Havendo saldo positivo, este será pago à Seguradora retirante, em 12 prestações mensais, iguais e consecutivas. Havendo prejuízo, a Seguradora retirante integralizará imediatamente a sua parcela respectiva para o Consórcio.

13.6 - A exclusão da Seguradora somente terá efeito liberatório de qualquer obrigação relativa ao seguro DPVAT sobre sinistros ocorridos ou a ocorrer, avisados ou não, depois de transferidos todos os ativos garantidores da sua parcela de IBNR e demais reservas, e após o transcurso do prazo de três anos a contar do início do ano civil em que for excluída.

13.7 - Uma vez procedida a exclusão, a Seguradora retirante não será readmitida no Consórcio nos três anos seguintes, salvo deliberação em contrário da assembleia geral das Seguradoras no âmbito do Consórcio.

13.8 - No caso de a Seguradora retirante, após a exclusão, vir a ser demandada em juízo pela cobertura de seguro DPVAT, deverá notificar imediatamente a Seguradora Líder, ficando, ainda, a Seguradora retirante obrigada a seguir as orientações que lhe forem por esta repassadas pela Seguradora Líder, ficando-lhe, assim, garantido o reembolso de qualquer importância porventura despendida na referida demanda.

13.9 - Sempre que um beneficiário do seguro DPVAT dirigir-se a uma Seguradora excluída com base neste instrumento, a mesma se obriga a encaminhá-lo a uma das Seguradoras remanescentes, a fim de que o mesmo possa formular, perante qualquer uma delas, o competente aviso de sinistro ou eventual pedido de restituição de prêmio.

13.10 - A Seguradora retirante prosseguirá litigando em nome próprio nas ações judiciais eventualmente em curso à época da exclusão, bem como nas novas ações ajuizadas após a sua saída. Ademais, promoverá, quando da citação em execução, na hipótese de que sobrevier decisão condenatória transitada em julgado, o depósito em garantia do montante da condenação, do qual poderá obter o correspondente reembolso, imediatamente, junto à Seguradora Líder. A Seguradora poderá, ainda, obter reembolso das suas despesas razoáveis com honorários advocatícios e demais despesas do processo.

13.11 - Tendo em vista o manifesto caráter de interesse público do Consórcio, e a necessidade de evitar-se que eventuais desligamentos se façam em número e em proporção que possam colocar em risco a manutenção do Consórcio de Seguro DPVAT ou sua estabilidade econômico-financeira, será convocada assembleia no âmbito do Consórcio para deliberar a respeito das regras de saída estabelecidas nesta Cláusula 13ª, ou ainda sobre a eventual dissolução do Consórcio, caso os desligamentos verificados

Ata da Assembleia do Consórcio dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Fl. 14 de 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 146

venham a atingir 1/3 (um terço) do número de seguradoras integrantes do Consórcio em 33% do total de suas quotas de participação.

13.12. - As regras de desligamento voluntário de seguradoras aplicar-se-ão, no que couber, aos casos de desligamento determinado pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, respeitada a legislação em vigor.

#### Cláusula 14ª - DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

As Seguradoras observarão as disposições transitórias contidas nesta Cláusula.

14.1 - O presente Consórcio substitui, para todos os efeitos, o Convênio que vigorava até esta data para operação do Seguro DPVAT - categorias 3 e 4, que fica automaticamente extinto.

14.2 - As Seguradoras, neste ato, não se tornaram titulares das parcelas de provisões de IBNR e demais reservas regulamentares, correspondentes a suas respectivas quotas, sucedem os Convenientes nos direitos e obrigações ninentes no Seguro DPVAT - categorias 3 e 4.

14.3 - Será cobrada da Seguradora ex-Conveniente que eventualmente não aderir no presente Consórcio, para pagamento à vista, os valores relativos à cessão e transferência de reservas e provisões, previstos na cláusula 3ª do Protocolo de Regras de Saída dos Convênios, sem prejuízo das exigências de cumprimento das demais disposições do referido protocolo.

#### Cláusula 15ª - VIGÊNCIA

Cláusula 15 - O presente Consórcio terá início em 1º de janeiro de 2008 e vigorará enquanto perdurar a obrigatoriedade determinada pelas normas da CNSP, resolvendo as hipóteses previstas na Cláusula 12ª.

#### Cláusula 16ª - FORO

Fica eleito o Foro central da Cidade do Rio de Janeiro para dirimir quaisquer questões oriunda deste instrumento.

E, por estarem assim juntos e acordados em relação a tudo quanto disposto neste instrumento de Consórcio, firmam o presente, juntamente com as testemunhas infra-assinadas, em três vias de igual forma e teor, obrigando-se por si e sucessores a fazerem-no sempre bom, firme e valioso."

Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Fl. 15 de 20

*[Assinaturas manuscritas]*



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 22

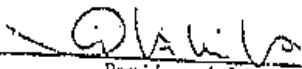


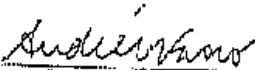
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 147

Nada mais havendo a tratar, foram suspensos os trabalhos pelo tempo necessário à lavagem desta ata. Reabertos os trabalhos, foi a presente ata lida e aprovada, tendo sido assinada por todos os presentes.

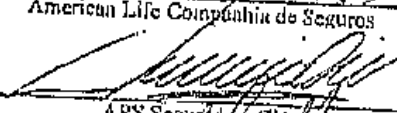
Rio de Janeiro, 12 de setembro de 2007

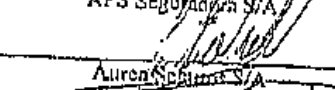
  
Presidente da Mesa

  
Secretário da Mesa

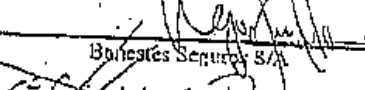
  
ACE Seguradora S/A

  
American Life Companhia de Seguros

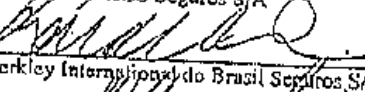
  
APS Seguradora S/A

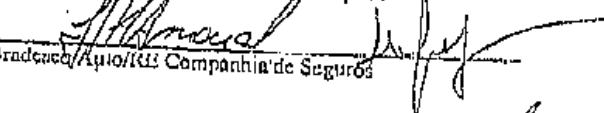
  
Aurora Seguros S/A

  
Azul Companhia de Seguros Genis

  
Bonifácio Seguros S/A

  
BCS Seguros S/A

  
Berkley International do Brasil Seguros S/A

  
Bradesco Auto/VIU Companhia de Seguros

Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios da Seguro DPVAT  
Fl. 16 de 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 148

Bradesco Vida e Previdência S/A

Brasileiras Companhia de Seguros

BVA Seguros S/A

Thierry Clauton  
Diretor-Presidente

Caixa Seguradora S/A

Centuro Vida e Previdência S/A

Grupo do Brasil Cia de Seguros

Cia de Seguros Minus Brasil

Companhia de Seguros Aliança do Brasil

Companhia de Seguros Aliança do Brasil

Companhia de Seguros Gráfica Azil

Companhia de Seguros Previdência do Sul

Companhia Excelsior de Seguros

Companhia Mundial de Seguros

CONAPV Companhia Nacional de Seguros

Confiança Companhia de Seguros

Ato da Assembleia de Constituição dos Consórcios de Seguro DPVAT  
Fl. 17 de 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 24



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 149

*[Handwritten signature]*  
Federal de Seguros

*[Handwritten signature]*  
Federal Vida e Previdência S/A

*[Handwritten signature]*  
Fintasa Seguradora S/A

*[Handwritten signature]*  
Generali do Brasil - Cia Nacional de Seguros

*[Handwritten signature]*  
Genta Seguradora S/A

*[Handwritten signature]*  
Gruping Sul América S/A - Seguros Industriais

*[Handwritten signature]*  
Icatu Hartford Seguros S/A

*[Handwritten signature]*  
Indiana Seguros S/A

*[Handwritten signature]*  
Itipi Seguros S/A

*[Handwritten signature]*  
Itaú Vida e Previdência S/A

*[Handwritten signature]*  
J. Matucelli Seguradora S/A

*[Handwritten signature]*  
Java Nordeste Seguros S/A

*[Handwritten signature]*  
Mapfre Vera Cruz Seguradora S/A

*[Handwritten signature]*  
Marex-Mapfre Riscos Especiais Seguradora S/A

Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios da Seguro DPVAT  
Fl. 18 de 20



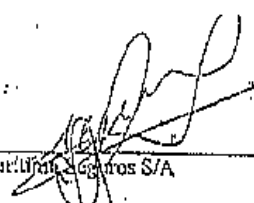
Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
 Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 25



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

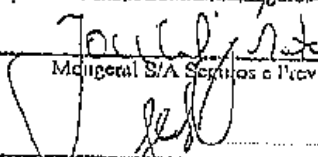
Num. 44853657 - Pág. 150

  
Maritima Seguros S/A

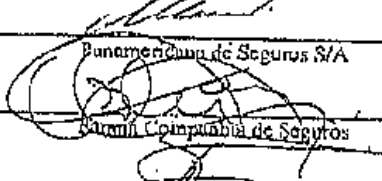
MBM Seguros S/A

Minas-Brasil Seguradora Vida e Previdência S/A

Mitsui Bussan Seguros S/A

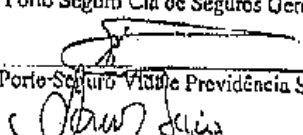
  
Molitor S/A Seguros e Previdência

Nobre Seguradora do Brasil S/A

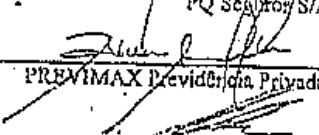
  
Panamericana de Seguros S/A

Parmat Companhia de Seguros

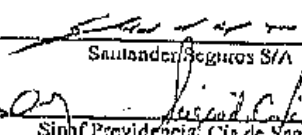
Porto Seguro Cia de Seguros Gerais

  
Porto Seguro Vida e Previdência S/A

PQ Seguros S/A

  
PREVIMAX Previdência Privada e Seguradora S/A

Safra Vida e Previdência S/A

  
Santander Seguros S/A

Sinof Previdência Cia de Seguros

Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Fl. 19 de 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 26



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 151

JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
 Livro 1 - CONSTITUIÇÃO DE EMPRESAS DE SEGUROS E CAVALIARISMO - DADOS  
 FISCALIS - CASAS DO COMÉRCIO DE SEGUROS E CAVALIARISMO - 11.11.11  
 REGISTRO DE EMPRESAS DE SEGUROS E CAVALIARISMO - 11.11.11  
 REGISTRO DE EMPRESAS DE SEGUROS E CAVALIARISMO - 11.11.11  
 REGISTRO DE EMPRESAS DE SEGUROS E CAVALIARISMO - 11.11.11  
 DATA ASSINADA: 18/10/2019 - FORNHEIRO 100921 F

33.10.0023 13-9  
 03.10.0023 13-9  
 03.10.0023 13-9

~~Sul Américo Seguros S/A~~  
~~Sul Américo Seguros S/A~~  
 Sul Américo Seguros S/A  
 Tokio Marine Brasil Seguradora S/A  
 Tokio Marine Seguradora S/A  
 UBI Garantias & Seguros S/A  
 Unibanco AIG Seguros S/A - AIA - Unibanco S/A ml. Seguros  
 Unibanco AIG Seguros S/A  
 Unibanco AIG Vida e Previdência S/A  
 Zurich Brasil Seguros S/A  
 Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização  
 Intervenção Anual

Testemunha

Qualificação *Gustavo Franco Pacheco*

RG: 02.871.364-7 (Detran/1327-112) CPF: 726.150.537-53

VISTO DE ADVOGADO  
 GUSTAVO FRANCO PACHECO  
 OAB/RJ 13.8.24.2  
 Gustavo Franco Pacheco  
 Advogado  
 OAB/RJ 138.347

Qualificação *Marcelo de Almeida*  
 RG: 19.442.207-2 (SSP-RJ)  
 CPF: 122.424.444-44

Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios do Seguro DPVAT  
 Fl. 20 de 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
 Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 27



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 152

**ATA DE ASSEMBLÉIA GERAL DE CONSTITUIÇÃO DOS CONSÓRCIOS DE  
OPERAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS  
POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT PARA AS  
CATEGORIAS 1, 2, 9 e 10**

**REALIZADA EM 12 DE SETEMBRO DE 2007**

Aos 12 dias do mês de setembro de 2007, às 14:00 hs, na cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 13º andar, foi aberta a assembleia geral para deliberar sobre a constituição dos CONSÓRCIOS DE OPERAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT PARA AS CATEGORIAS 1, 2, 9 e 10, E CATEGORIAS 3 e 4, com a presença das sociedades seguradoras abaixo assinadas, foi dada a palavra ao Presidente da Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização - FENASEG, Sr. João Elísio Penaz de Campos, que convidou o Sr. Miguel Junqueira Pereira para integrar a mesa e, por aclamação, entregou a presidência dos trabalhos ao Sr. Luiz Tavares Pereira Filho, que convidou o Sr. André Paiva para secretariá-lo. Dando início aos trabalhos, o Sr. Presidente declarou que, com a devida correção dos presentes, a Assembleia tinha por finalidade a constituição dos CONSÓRCIOS DE OPERAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT PARA AS CATEGORIAS 1, 2, 9 e 10, conforme determinado pelo Artigo 5º da Resolução CNSP nº 154/06. Como matéria de ordem preliminar o procurador da Gentis Seguradora S.A., Sr. Vasco Mineiro Trindade, levantou questão prejudicial no tocante a pretensa ilegalidade da instalação e do objeto da pauta da presente Assembleia Geral que, colocada em votação, foi rejeitada por todos os presentes, exceto o representante da Gentis Seguradora S.A. Observadas as formalidades legais, os Instrumentos de Consórcio foram lidos. O Sr. Vasco Mineiro Trindade suscitou proposta de alteração do artigo 11.1 dos Instrumentos de Consórcio de Operação do Seguro DPVAT, para que conste ao invés de 20% como quorum para convocação de assembleias anuais o percentual de 5% conforme determinam o artigo 123, Parágrafo Único, letra c, da Lei das S.A.; o Sr. Casimiro Bianco, representante do Porto Seguro Cia de Seguros Gerais sugeriu que ao invés de 5% não se fizesse menção ao percentual do quorum necessário, mas somente ao dispositivo legal da Lei das S.A.; colocada em votação, foi aprovada a alteração na forma sugerida pelo Sr. Casimiro Bianco. O Sr. Vasco Mineiro Trindade suscitou proposta para que fosse estipulado voto individual por Seguradora participante dos convênios, com igual peso; colocada em discussão, a proposta foi rejeitada por unanimidade. Lido os Instrumentos de Consórcio, foram aprovados por todos os presentes nos termos transcritos abaixo, tendo o Presidente, então, declarado constituídos os referidos Consórcios que entrarão em operação a partir de 1º de fevereiro de 2008.

**"INSTRUMENTO DE CONSÓRCIO DE OPERAÇÃO DO SEGURO  
OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT, PARA AS CATEGORIAS 1, 2,  
9 e 10,**

**Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios de Seguro DPVAT**  
**Fl. 1 de 20**



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 28



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 153

As companhias de seguros que subscrevem o presente instrumento de Consórcio, doravante denominadas Seguradoras e a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização - FENASEG, na qualidade de Interventores-nomeados,

Considerando:

(a) que o Conselho Nacional de Seguros Privados (CNSP) determinou, por meio da Resolução CNSP nº 154/06, que, para operar no seguro DPVAT, as sociedades seguradoras deverão aderir simultaneamente a dois Consórcios específicos, um englobando as categorias 1, 2, 9 e 10 e o outro, as categorias 3 e 4;

(b) que, segundo a referida Resolução, cada um dos Consórcios terá como entidade líder uma seguradora especializada em seguro DPVAT, podendo a mesma seguradora ser a entidade líder dos dois Consórcios;

(c) ainda, os demais dispositivos da Resolução CNSP nº 154/06, que tratam da operação conjunta do seguro DPVAT, bem assim o restante da legislação que lhe seja aplicável;

CONVINCIONAM entre si, o que se segue:

#### Cláusula 1ª - CONSÓRCIO PARA OPERAÇÃO DO SEGURO DPVAT

As Seguradoras, em conjunto e sob a forma de Consórcio, operarão o seguro DPVAT para os veículos automotores classificados nas categorias 1, 2, 9 e 10 da Tabela de Prêmios de DPVAT, assumindo direitos e obrigações resultantes das contratos celebrados com os proprietários de veículos através dos bilhetes conjugados nos certificados de registro e licenciamento emitidos pelas autoridades estaduais de trânsito, com as exclusões previstas naquela mesma Resolução. O presente instrumento de Consórcio será encaminhado à Superintendência de Seguros Privados - SUSEP e registrado em um dos Cartórios de Títulos e Documentos na sede da Seguradora Líder do Consórcio.

#### Cláusula 2ª - ADEÇÃO SIMULTÂNEA AOS DOIS CONSÓRCIOS

Para operar no seguro DPVAT, as companhias seguradoras deverão aderir, simultaneamente, aos dois consórcios específicos, um englobando as categorias 1, 2, 9 e 10 e outro, as categorias 3 e 4. Nenhuma Seguradora poderá desligar-se voluntariamente deste Consórcio sem aderir simultaneamente ao Consórcio para as categorias 3 e 4, em razão das disposições do parágrafo 6º, do art. 5º, da Resolução CNSP nº 154/06. Os desligamentos voluntários ficarão sujeitos às regras estabelecidas na Cláusula 13.

Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Fl. 2 de 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 29



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 154

### Cláusula 3ª - ADMISSÃO E VEDAÇÃO AO DESLIGAMENTO COMPULSÓRIO

3.1. A admissão de novas Seguradoras será feita mediante manifestação escrita da adesão a este Consórcio da interessada, na qual conste declaração de aceitação integral das cláusulas e condições deste Consórcio acompanhada da comprovação da autorização da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP para operar no Seguro DPVAT e de requerimento para adesão ao Consórcio das categorias 3 e 4, só ocorrendo seu ingresso no não Civil subsequente ao da sua manifestação.

3.2. Nenhuma Seguradora poderá ser desligada deste Consórcio por deliberação dos membros, ressalvada a hipótese de cancelamento de sua autorização para operar em DPVAT, pela autoridade competente.

### Cláusula 4ª - RESPONSABILIDADE

4.1. - Cada Seguradora vinculada a este Consórcio é responsável pelas operações do Seguro DPVAT na proporção correspondente à sua respectiva quota, participando com esse percentual dos receitas e despesas referentes à operação do referido seguro. A quota de cada Seguradora será calculada anualmente da seguinte forma: metade na proporção do patrimônio líquido ajustado, e metade de forma correspondente à fração resultante da divisão de um pelo número de Seguradoras.

4.2. - Em 1º de Abril de cada ano, os valores das quotas serão recalculados com base no patrimônio líquido ajustado apurado no balanço patrimonial publicado referente ao exercício imediatamente anterior.

4.3. - Adicionalmente, os valores das quotas serão também recalculados em 1º de janeiro de cada ano em função dos ingressos e desligamentos das seguradoras do presente Consórcio ocorridos no exercício imediatamente anterior.

4.4. - Caso a SUSEP altere substancialmente as regras relativas à definição do patrimônio líquido ajustado das sociedades seguradoras ou se torne inaplicável ao Consórcio, a critério da assembleia das Seguradoras, será utilizada, para fins deste Instrumento, a seguinte definição de Patrimônio Líquido Ajustado: é o patrimônio líquido contábil ajustado pelas seguintes (i) adições (receitas de exercícios futuros, efetivamente recebidas) e (ii) deduções (o valor das participações diretas e indiretas em sociedades seguradoras, sociedades de capitalização, entidades abertas de previdência complementar organizadas sob a forma de sociedade anônima, sociedades resseguradoras, operadores de planos de saúde, bancos e demais instituições financeiras, atualizadas pela efetiva equivalência patrimonial; 50% (cinquenta por cento) do valor das participações acionárias diretas e indiretas em empresas coligadas e controladas de outras atividades, atualizadas pela equivalência patrimonial; despesas de exercícios futuros efetivamente despendidas; despesas antecipadas; os créditos tributários decorrentes de prejuízos fiscais de imposto de renda e bases negativas de contribuição social; juros e penais; inadíveis rurais; Ativo Diferido; direitos e obrigações relativos à operação de seguros no exterior).

Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Pl. 3 de 20

*[Assinatura]*



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 30



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 155

#### Clausula 5ª - ATENDIMENTO

Cada Seguradora compromete-se a atender os membros e os beneficiários do Seguro DPVAT das categorias a que se refere este Consórcio, sempre que for por eles procurada em qualquer das suas dependências no território nacional, obrigando-se a encaminhar imediatamente após o recebimento toda a documentação correspondente à Seguradora Líder.

#### Clausula 6ª - SEGURADORA LÍDER

6.1 - Fica designada para atuar como Seguradora Líder do presente Consórcio, nos termos previstos na legislação em vigor, para representar as Seguradoras, gerir e administrar seus respectivos interesses na operação conjunta do seguro DPVAT, como única conveniada, a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede nesta cidade à Rua Senador Dantas n.º 74 - 5º andar, à qual cada uma das Seguradoras, de per si e para o fim acima exposto, concede os mais amplos poderes da cláusula "ad negotia" e de representação das consorciadas para fins de operação do seguro DPVAT, podendo a referida Seguradora Líder praticar todos os atos de gestão, e de administração necessários à livre expansão das operações de seguro relativos a este Consórcio, dar e receber quitação, adquirir ativos, contratar pessoal, contratar serviços de pessoas físicas e jurídicas especializadas, abrir e movimentar as contas bancárias, inclusive junto ao Banco do Brasil S/A, bem como praticar todos os demais atos que se façam necessários ao fiel e cabal cumprimento deste mandato, atuando entre as Seguradoras consorciadas os custos destes atos, na proporção de suas respectivas cotas.

6.2 - A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. deverá suportar todas as obrigações trabalhistas, previdenciárias e tributárias, principais ou acessórias, oriundas dos atos assumidos na condição de gestora do Consórcio, procedendo o rateio dos custos envolvidos entre as Seguradoras consorciadas, na proporção de suas respectivas cotas.

6.3 - Caso a referida SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., em virtude de operação da SUSEP ou por qualquer outro motivo, fique impedida de exercer as funções para as quais foi designada por este instrumento, será ela substituída como Seguradora Líder, imediatamente, por outra Seguradora especializada em seguro DPVAT, indicada em assembleia das Seguradoras no âmbito do Consórcio.

#### Clausula 7ª - CELEBRAÇÃO DE CONVÊNIOS

A Seguradora Líder do Consórcio poderá firmar convênio com a Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização - FENASEG, e a futura

Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Fl. 4 de 20

A



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 31



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 156

Confirmação que vier a sucedê-la, para intermediação de atividades administrativas e operacionais e para representá-la junto às autoridades públicas federais, estaduais e municipais para assinatura de convênios e contratos, especialmente com os órgãos executivos de trânsito estaduais e o Departamento Nacional de Trânsito - DENATRAN, com vistas à implementação de medidas que assegurem a arrecadação dos bilhetes do seguro DPVAT e a fiscalização da sua contratação, por meio do preenchimento dos veículos.

#### **Cláusula 8ª - PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS**

O recolhimento de prêmios, o pagamento das indenizações, despesas de sinistros e de administração e a retenção de fundos para aplicação financeira das provisões e reservas relativas à operação do seguro DPVAT serão realizados pela Seguradora Líder com os recursos do Consórcio, que serão por ela administrados. Caberá também à Seguradora Líder, entre as Seguradoras consorciadas no recibo e despesas relativas à operação do Consórcio e prestar, às Seguradoras participantes do Consórcio, as informações necessárias à contabilização de todas as operações do seguro, inclusive da constituição de provisões e reservas exigíveis. Os procedimentos operacionais e demais aspectos necessários ao funcionamento do Consórcio, incluindo a política de investimentos dos ativos garantidores das provisões e reservas, serão estabelecidos pelo Conselho de Administração da Seguradora Líder, nos termos da legislação em vigor.

#### **Cláusula 9ª - REGULAÇÃO E LIQUIDAÇÃO DE SINISTROS**

Caberá à Seguradora Líder regular e liquidar os sinistros referentes ao seguro DPVAT. A Seguradora Líder poderá delegar a outras Seguradoras consorciadas ou a terceiros qualificados, os serviços de regulação e os de liquidação de sinistros.

#### **Cláusula 10ª - PRESTAÇÃO DE CONTAS**

A Seguradora Líder prestará contas às Seguradoras da gestão do Seguro DPVAT, devendo enviar-lhes, periodicamente, demonstrativos da situação econômico-financeira, bem como encaminhar-lhes informações relevantes sobre a operação.

#### **Cláusula 11ª - ASSEMBLÉIA**

11.1. As Seguradoras participantes do Consórcio reunir-se-ão em assembleia, anualmente, nos três primeiros meses do ano, para analisar e aprovar as demonstrações financeiras do consórcio e, extraordinariamente, sempre que necessário, mediante convocação da Seguradora Líder ou das Seguradoras, em conjunto ou isoladamente, conforme percentual de quotas de participação definido pelo artigo 123, Parágrafo Único, da Lei das Sociedades Anônimas, para a convocação de Assembleias.

Ato da Assembleia da Constituição dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Fl. 3 de 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 32



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 157

11.2 - Nas assembleias, prevalecerão as decisões adotadas por maioria simples de votos, estabelecida a "quorum" de instância de 2/3 das Seguradoras em primeira convocação, metade das Seguradoras em segunda convocação e um quarto das Seguradoras em terceira convocação;

11.3 - Nas assembleias, a contagem de votos obedecerá ao critério de proporcionalidade dos quotas de participação das Seguradoras, estabelecidos na forma do item 9.1;

11.4 - As convocações de assembleias serão feitas por escrito, com antecedência mínima de 10 dias úteis e, em casos urgentes, com antecedência de dois dias úteis;

#### **Cláusula 12ª - ALTERAÇÕES DO INSTRUMENTO DO CONSÓRCIO**

O presente instrumento de Consórcio, nos termos da regulamentação em vigor, só poderá ser alterado ou extinto com a concordância de, no mínimo, 2/3 (dois terços) das quotas de participação das seguradoras que o integram na época da alteração;

#### **Cláusula 13ª - SAÍDA DE SEGURADORA**

13.1 - A Seguradora que pretender desligar-se voluntariamente do Consórcio deverá apresentar, por escrito, um requerimento expondo a opção de retirada dirigida à Seguradora Líder, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias, em término do prazo civil prévio àquela em que pretenda ser excluída,

13.2 - Analisadas todas as solicitações recebidas, até o prazo previsto no item anterior, a Seguradora Líder verificará se a margem de solvência das seguradoras remanescentes é suficiente para arcar com os compromissos de DPVAT das seguradoras retirantes. Se a margem for suficiente, a Seguradora Líder não poderá recusar as pedidos, a não ser em hipótese do item 13.11, abaixo.

13.3 - A Seguradora que tiver autorizado o seu desligamento estará obrigada a: (a) cessar e transferir de toda a sua parcela do IBNR e demais reservas que mantiver sobre suas operações de DPVAT, para distribuição proporcional às seguradoras remanescentes; b) cessar e transferir de toda a sua parcela da reserva de contingência, constituída para fazer face a todas as exigibilidades, vencidas e a vencer, atribuíveis ao Consórcio até a data da saída e não contabilizadas na reserva de IBNR, para distribuição proporcional entre as seguradoras remanescentes.

13.4 - Para efeito do disposto no item 13.3, serão considerados os valores das reservas segundo o recálculo a ser realizado ao final do ano civil em que autorizada a saída. No caso da reserva de contingência, a seguradora deverá integralizar, em até 12 (doze) prestações mensais, iguais e consecutivas, as eventuais diferenças entre a parcela de sua responsabilidade calculada com base no valor total projetado para a reserva e a parcela correspondente à sua participação sobre o montante efetivamente integralizado na data da saída.

Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios do Seguro DPVAT  
11.6 de 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910181546148990000024601534>  
Número do documento: 1910181546148990000024601534

Num. 25440604 - Pág. 33



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 158

13.5 - O desligamento da Seguradora produzirá efeitos somente ao final do ano civil em que for requerido o desligamento, quando serão apurados os resultados da operação do seguro DPVAT para efeito de distribuição entre as Seguradoras participantes do Consórcio. Havendo lucro positivo, este será pago à Seguradora retirante, em 12 prestações mensais, iguais e consecutivas. Havendo prejuízo, a Seguradora retirante integralizará imediatamente a sua parcela respectiva para o Consórcio.

13.6 - A exclusão da Seguradora somente terá efeito liberatório de qualquer obrigação relativa ao seguro DPVAT sobre sinistros ocorridos ou a ocorrer, ocorridos ou não, depois de transferidos todos os ativos e passivos da sua parcela de IBNR e demais reservas, e após o transcurso do prazo de três anos a contar do início do ano civil em que for excluída.

13.7 - Uma vez procedida a exclusão, a Seguradora retirante não será readmitida no Consórcio nos três anos seguintes, salvo deliberação em contrário da assembleia geral das Seguradoras no âmbito do Consórcio.

13.8 - No caso de a Seguradora retirante, após a exclusão, vir a ser demandada em juízo pela cobertura de seguro DPVAT, deverá notificar imediatamente a Seguradora Líder, ficando, ainda, a Seguradora retirante obrigada a seguir as orientações que lhe forem por esta repassadas pela Seguradora Líder, ficando-lhe, assim, garantido o reembolso de qualquer importância porventura despendida na referida demanda.

13.9 - Sempre que um beneficiário de seguro DPVAT dirigir-se a uma Seguradora excluída com base neste instrumento, a mesma se obriga a encaminhá-lo a uma das Seguradoras remanescentes, a fim de que o mesmo possa formular, perante qualquer uma delas, o competente pedido de sinistro ou eventual pedido de restituição de prêmio.

13.10 - A Seguradora retirante prosseguirá litigando em nome próprio nas ações judiciais eventualmente em curso à época da exclusão, bem como nas novas ações julgadas após a sua saída. Admitida, promoverá, quando da citação em exceção, a hipótese de que sobrevenha decisão condenatória transitada em julgado, o depósito em garantia do montante da condenação, do qual poderá obter o correspondente reembolso imediatamente, junto à Seguradora Líder. A Seguradora poderá, ainda, obter reembolso das suas despesas razoáveis com honorários advocatícios e demais despesas do processo.

13.11 - Tendo em vista o manifesto caráter de interesse público do Consórcio, e a necessidade de evitar-se que eventuais desligamentos se fiquem em número e em proporção que possam colocar em risco a manutenção do Consórcio de Seguro DPVAT ou sua estabilidade econômico-financeira, será convocada assembleia no âmbito do Consórcio para deliberar a respeito das regras de saída estabelecidas nesta Cláusula 13ª, ou ainda sobre a eventual dissolução do Consórcio, caso os desligamentos verificados venham a atingir 1/3 (um terço) do número de seguradoras integrantes do Consórcio ou 33% do total de suas quotas de participação.

Ato da Assembleia de Constituição dos Consórcios de Seguro DPVAT  
Fl. 7 de 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 34



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 159

13.12. - As regras de desligamento voluntário de seguradoras aplicam-se, no que couber, aos casos de desligamento determinado pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, respeitada a legislação em vigor.

#### Cláusula 14ª - DISPOSIÇÕES TRANSITÓRIAS

As Seguradoras observarão as disposições transitórias contidas nesta Cláusula.

14.1 - O presente Consórcio substitui, para todos os efeitos, o Convênio que vigorava até esta data para operação do Seguro DPVAT, categorias 1, 2, 9, e 10, que fica automaticamente extinto.

14.2 - As Seguradoras, neste ato, não se tornam titulares das parcelas de provisões de IBNR e demais reservas regulamentares, correspondentes a seus respectivas quotas, sucedem os Convenientes nos direitos e obrigações afinentes ao Seguro DPVAT, categorias 1, 2, 9 e 10.

14.3 - Será cobrada da Seguradora ex-Convênio que eventualmente não aderir ao presente Consórcio, para pagamento à vista, os valores relativos à cessão e transferência de reservas e provisões, previstos na cláusula 3ª do Protocolo de Regras de Sida dos Convênios, sem prejuízo das exigências de cumprimento das demais disposições do referido protocolo.

#### Cláusula 15ª - VIGÊNCIA

Cláusula 15 - O presente Consórcio terá início em 1º de janeiro de 2008 e vigorará enquanto perdurar a obrigatoriedade determinada pelas normas da CNSP, ressalvando as hipóteses previstas na Cláusula 12ª.

#### Cláusula 16ª - FORO

Fica eleito o Foro central da Cidade do Rio de Janeiro para dirimir qualquer questão oriunda deste instrumento.

E, por estarem assim juntos e acordados em relação a tudo quanto disposto neste instrumento de Consórcio, firmam o presente, juntamente com as testemunhas infra-assinadas, em três vias de igual forma e teor, obrigando-se por si e sucessores e firmam-no sempre bono, firme e valioso."

.....

Ato da Assembleia de Constituição dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Fl. 8 de 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910181546148990000024601534>  
Número do documento: 1910181546148990000024601534

Num. 25440604 - Pág. 35



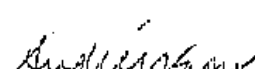
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 160

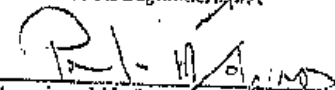
Nada mais havendo a tratar, foram suspensos os trabalhos pelo tempo necessário à invenção desta ata. Reabertos os trabalhos, foi a presente ata lida e aprovada, tendo sido assinada por todos os presentes.

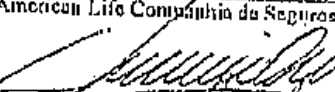
Rio de Janeiro, 12 de setembro de 2007

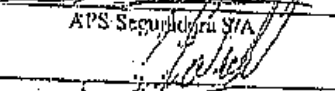
  
Presidente da Mesa

  
Secretário da Mesa

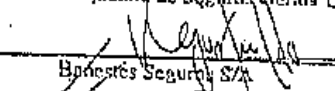
  
ACE Seguradora S/A

  
American Life Companhia de Seguros

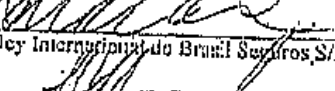
  
APS Seguradora S/A

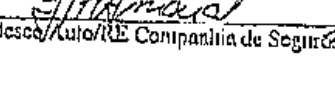
  
Auren Seguros S/A

  
Azul Companhia de Seguros Gerais

  
Bonafés Seguros S/A

  
BCS Seguros S/A

  
Berkley International do Brasil Seguros S/A

  
Bradesco Auto/RE Companhia de Seguros

Ata da Assembleia de Consórcio dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Fl. 16 de 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 36



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 161

*[Handwritten Signature]*  
Bradesco Vida e Previdência S/A

*[Handwritten Signature]*  
Brasil Veículos Companhia de Seguros

*[Handwritten Signature]*  
BVA Seguros S/A  
Thierry Claudon  
Diretor-Previdência

*[Handwritten Signature]*  
Caixa Seguradora S/A

*[Handwritten Signature]*  
Centuro Vida e Previdência S/A

*[Handwritten Signature]*  
Cesob do Brasil Cia de Seguros

*[Handwritten Signature]*  
Cia de Seguros Minas Brasil

*[Handwritten Signature]*  
PP Companhia de Seguros Aliança do Brasil

*[Handwritten Signature]*  
Companhia de Seguros Aliança do Brasil

*[Handwritten Signature]*  
Companhia de Seguros Grãfia Azul

*[Handwritten Signature]*  
Companhia de Seguros Previdência do Sul

*[Handwritten Signature]*  
Companhia Executor de Seguros

*[Handwritten Signature]*  
Companhia Mutual de Seguros

*[Handwritten Signature]*  
CONAPP Companhia Nacional de Seguros

*[Handwritten Signature]*  
Confiança Companhia de Seguros

Ata da Assembleia de Constituição dos Conselheiros do Seguro DPVAT  
Fl. 17 de 20



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
 Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 37



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 162

~~Associação dos Seguros do Estado de São Paulo~~

~~Federal de Seguros~~

~~Federal Vida e Previdência S/A~~

~~Finnan Seguradora S/A~~

~~Generali do Brasil - Cia Nacional de Seguros~~

~~Genie Seguradora S/A~~

~~Gelesing Sul América S/A - Seguros Industriais~~

~~Guarani Sul Améri~~

~~Itaú Habitare Seguros S/A~~

~~Judiana Seguros S/A~~

~~Juni Seguros S/A~~

~~Itaú Vida e Previdência S/A~~

~~J. Milneall Seguradora S/A~~

~~Jaya Nordeste Seguros S/A~~

~~Mapfre Xara Cruz Seguradora S/A~~

~~Mares-Mapfre Risco Especial Seguradora S/A~~

Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios do Seguro DPVAT  
Pl. 18 de 20



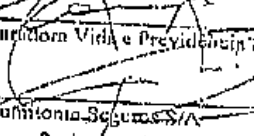
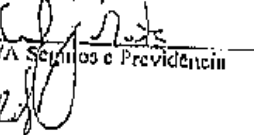
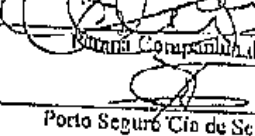
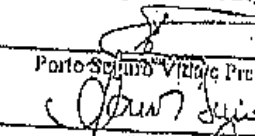
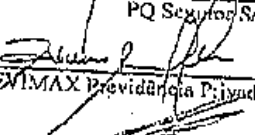
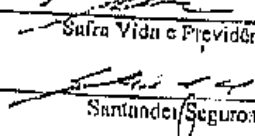
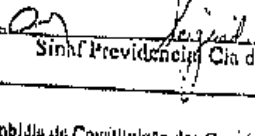
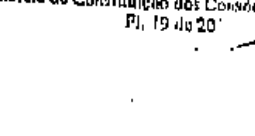
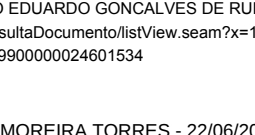
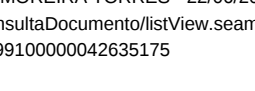
Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
 Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 38



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 163

  
 Marilisa Seguros S/A  
  
 MDM Seguros S/A  
  
 Minu-Brazil Seguros Vida e Previdencia S/A  
  
 Mirai-Somonte Seguros S/A  
  
 Mogeral S/A Seguros e Previdencia  
  
 Nore Seguros do Brasil S/A  
  
 Panamericana de Seguros S/A  
  
 Parana Companhia de Seguros  
  
 Porto Seguro Cia de Seguros Gerais  
  
 Porto Seguro Vida e Previdencia S/A  
  
 PQ Seguros S/A  
  
 PREVIMAX Previdencia Privada e Seguradora S/A  
  
 Safra Vida e Previdencia S/A  
  
 Santander Seguros S/A  
  
 Sinat Previdencia Cia de Seguros

Ata da Assembleia de Constituição dos Consórcios do Seguro DPVAT  
 Pl. 19 de 20



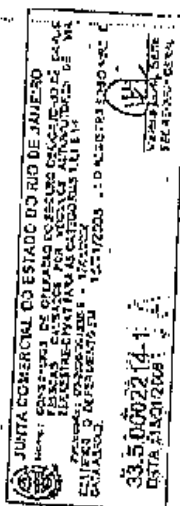
Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
 Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 39



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
 Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 164



~~Assinatura do Representante Legal da Seguradora~~  
~~Assinatura do Representante Legal da Seguradora~~  
Sulina Seguradora S/A  
Tokio Marine Brasil Seguradora S/A  
Tokio Marine Seguradora S/A  
UBI Garantias & Seguros S/A  
Unibanco AIG Seguros S/A - N.º 1.234.567-89  
Unibanco AIG Seguros S/A  
Unibanco AIG Vida e Previdência S/A  
Zurich Brasil Seguros S/A  
Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização  
Intervimento-Anciente

Testemunha

Qualificação: Ricardo de S. Azevedo e Silva  
RG: 02.341.167-7 (Porto Alegre, RS) CPF: 728.150.517-53

Qualificação: Manoel de S. Azevedo e Silva  
RG: 19.401.347-7 (Porto Alegre, RS) CPF: 122.172.040-48

Ata da Assembleia da Constituição dos Consórcios de Seguro PRIVAT  
Fl. 20 de 20

VISTO DE ADICIONAR  
GUSTAVO F. DA SILVA  
OAB/RJ 134.342  
Gustavo Flávio Pacheco  
Advogado  
OAB/RJ 136.302



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>  
Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 40



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 165

SECRET  
SUMARIO

Ана, Камбоджа и Шриланка  
Аргентина, Австралия и Япония  
Австрия, Италия и Венгрия  
Албания, Армения и Финляндия  
Австралия и Германия  
Австрия и Франция  
Австрия и Швейцария

[illegible][illegible][illegible][illegible]

W. 45-1047  
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION  
U. S. DEPARTMENT OF JUSTICE

[illegible]

...de la casa de los señores  
...de la casa de los señores  
...de la casa de los señores

[illegible]

## ODEBRECHT

Orderrecht im Prozess 2, 2

[illegible][illegible]

Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:16

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461489900000024601534>

Número do documento: 19101815461489900000024601534

Num. 25440604 - Pág. 41

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37

<http://pie.tipb.ius.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>

Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 166

1. Atividade profissional, social, política e cultural em geral de ref. 135, em 1941, de acordo com a documentação de ref. 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945

1970-1971, 1972-1973, 1974-1975, 1976-1977, 1978-1979, 1980-1981, 1982-1983, 1984-1985, 1986-1987, 1988-1989, 1990-1991, 1992-1993, 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001, 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007, 2008-2009, 2010-2011, 2012-2013, 2014-2015, 2016-2017, 2018-2019, 2020-2021, 2022-2023, 2024-2025, 2026-2027, 2028-2029, 2030-2031, 2032-2033, 2034-2035, 2036-2037, 2038-2039, 2040-2041, 2042-2043, 2044-2045, 2046-2047, 2048-2049, 2050-2051, 2052-2053, 2054-2055, 2056-2057, 2058-2059, 2060-2061, 2062-2063, 2064-2065, 2066-2067, 2068-2069, 2070-2071, 2072-2073, 2074-2075, 2076-2077, 2078-2079, 2080-2081, 2082-2083, 2084-2085, 2086-2087, 2088-2089, 2090-2091, 2092-2093, 2094-2095, 2096-2097, 2098-2099, 2100-2101, 2102-2103, 2104-2105, 2106-2107, 2108-2109, 2110-2111, 2112-2113, 2114-2115, 2116-2117, 2118-2119, 2120-2121, 2122-2123, 2124-2125, 2126-2127, 2128-2129, 2130-2131, 2132-2133, 2134-2135, 2136-2137, 2138-2139, 2140-2141, 2142-2143, 2144-2145, 2146-2147, 2148-2149, 2150-2151, 2152-2153, 2154-2155, 2156-2157, 2158-2159, 2160-2161, 2162-2163, 2164-2165, 2166-2167, 2168-2169, 2170-2171, 2172-2173, 2174-2175, 2176-2177, 2178-2179, 2180-2181, 2182-2183, 2184-2185, 2186-2187, 2188-2189, 2190-2191, 2192-2193, 2194-2195, 2196-2197, 2198-2199, 2200-2201, 2202-2203, 2204-2205, 2206-2207, 2208-2209, 2210-2211, 2212-2213, 2214-2215, 2216-2217, 2218-2219, 2220-2221, 2222-2223, 2224-2225, 2226-2227, 2228-2229, 2230-2231, 2232-2233, 2234-2235, 2236-2237, 2238-2239, 2240-2241, 2242-2243, 2244-2245, 2246-2247, 2248-2249, 2250-2251, 2252-2253, 2254-2255, 2256-2257, 2258-2259, 2260-2261, 2262-2263, 2264-2265, 2266-2267, 2268-2269, 2270-2271, 2272-2273, 2274-2275, 2276-2277, 2278-2279, 2280-2281, 2282-2283, 2284-2285, 2286-2287, 2288-2289, 2290-2291, 2292-2293, 2294-2295, 2296-2297, 2298-2299, 2300-2301, 2302-2303, 2304-2305, 2306-2307, 2308-2309, 2310-2311, 2312-2313, 2314-2315, 2316-2317, 2318-2319, 2320-2321, 2322-2323, 2324-2325, 2326-2327, 2328-2329, 2330-2331, 2332-2333, 2334-2335, 2336-2337, 2338-2339, 2340-2341, 2342-2343, 2344-2345, 2346-2347, 2348-2349, 2350-2351, 2352-2353, 2354-2355, 2356-2357, 2358-2359, 2360-2361, 2362-2363, 2364-2365, 2366-2367, 2368-2369, 2370-2371, 2372-2373, 2374-2375, 2376-2377, 2378-2379, 2380-2381, 2382-2383, 2384-2385, 2386-2387, 2388-2389, 2390-2391, 2392-2393, 2394-2395, 2396-2397, 2398-2399, 2400-2401, 2402-2403, 2404-2405, 2406-2407, 2408-2409, 2410-2411, 2412-2413, 2414-2415, 2416-2417, 2418-2419, 2420-2421, 2422-2423, 2424-2425, 2426-2427, 2428-2429, 2430-2431, 2432-2433, 2434-2435, 2436-2437, 2438-2439, 2440-2441, 2442-2443, 2444-2445, 2446-2447, 2448-2449, 2450-2451, 2452-2453, 2454-2455, 2456-2457, 2458-2459, 2460-2461, 2462-2463, 2464-2465, 2466-2467, 2468-2469, 2470-2471, 2472-2473, 2474-2475, 2476-2477, 2478-2479, 2480-2481, 2482-2483, 2484-2485, 2486-2487, 2488-2489, 2490-2491, 2492-2493, 2494-2495, 2496-2497, 2498-2499, 2500-2501, 2502-2503, 2504-2505, 2506-2507, 2508-2509, 2510-2511, 2512-2513, 2514-2515, 2516-2517, 2518-2519, 2520-2521, 2522-2523, 2524-2525, 2526-2527, 2528-2529, 2530-2531, 2532-2533, 2534-2535, 2536-2537, 2538-2539, 2540-2541, 2542-2543, 2544-2545, 2546-2547, 2548-2549, 2550-2551, 2552-2553, 2554-2555, 2556-2557, 2558-2559, 2560-2561, 2562-2563, 2564-2565, 2566-2567, 2568-2569, 2570-2571, 2572-2573, 2574-2575, 2576-2577, 2578-2579, 2580-2581, 2582-2583, 2584-2585, 2586-2587, 2588-2589, 2590-2591, 2592-2593, 2594-2595, 2596-2597, 2598-2599, 2600-2601, 2602-2603, 2604-2605, 2606-2607, 2608-2609, 2610-2611, 2612-2613, 2614-2615, 2616-2617, 2618-2619, 2620-2621, 2622-2623, 2624-2625, 2626-2627, 2628-2629, 2630-2631, 2632-2633, 2634-2635, 2636-2637, 2638-2639, 2640-2641, 2642-2643, 2644-2645, 2646-2647, 2648-2649, 2650-2651, 2652-2653, 2654-2655, 2656-2657, 2658-2659, 2660-2661, 2662-2663, 2664-2665, 2666-2667, 2668-2669, 2670-2671, 2672-2673, 2674-2675, 2676-2677, 2678-2679, 2680-2681, 2682-2683, 2684-2685, 2686-2687, 2688-2689, 2690-2691, 2692-2693, 2694-2695, 2696-2697, 2698-2699, 2700-2701, 2702-2703, 2704-2705, 2706-2707, 2708-2709, 2710-2711, 2712-2713,

[illegible]

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE  
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION  
WASHINGTON, D.C. 20535

[illegible][illegible]

SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador da Seguradora: **ACE SEGURADORA S/A**; AIG SEGUROS BRASIL S/A; **ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A**; ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A; **ALFA SEGURADORA S/A**; AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS; **ANGELUS SEGUROS S/A**; ARGÔ SEGUROS BRASIL S/A; **ARUANA SEGUROS S.A.**; ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS; **BANESTES SEGUROS S/A**; BCS SEGUROS S/A; **BMG SEGURADORA S/A**; BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS; **BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS**; BTG PACTUAL SEGURADORA S/A; **CAIXA SEGURADORA S/A**; CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A**; CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A; **CHUBB DO BRASIL CIA DE SEGUROS**; CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL**; CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL; **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**; CIA MUTUAL DE SEGUROS; **COMPANHIA BRASILEIRA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA**; COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; **CONFIANÇA COMPANHIA DE SEGUROS**; DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **ESSOR SEGUROS S/A**; FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A; **FATOR SEGURADORA S/A**; FEDERAL DE SEGUROS S/A; **FEDERAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; GENERALI BRASIL SEGUROS S/A; **GENTE SEGURADORA S/A**; ICATU SEGUROS S/A; **INVESTPREV SEGURADORA S/A**; INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; **ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A**; ITAÚ VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **J. MALÚCELLI SEGURADORA S/A**; J. MALÚCELLI SEGUROS S/A; MAPFRE AFFINITY SEGURADORA S/A; **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**; MAPFRE PREVIDÊNCIA S/A; **MAPFRE VIDA S/A**; MARÍTIMA SEGUROS S/A; **MBM SEGURADORA S/A**; MITSUI SUMITOMO SEGUROS S/A; **MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; NOBRE SEGURADORA DO BRASIL S/A; **PANAMERICANA DE SEGUROS S/A**; PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS; **PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; PQ SEGUROS S/A; **PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A**; QBE BRASIL SEGUROS S/A; **ROYAL & SUNALLIANCE SEGUROS (BRASIL) S/A**; SABEMI SEGURADORA S/A; **SAFRA SEGUROS GERAIS S/A**; SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; **SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS**; SUHAI SEGUROS S/A; **SUL AMÉRICA CIA DE SEGUROS GERAIS**; SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A; **TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S/A**; TOKIO MARINE SEGURADORA S/A; **UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA**; USEBENS SEGUROS S/A;



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461617400000024601535>  
Número do documento: 19101815461617400000024601535

Num. 25440605 - Pág. 1

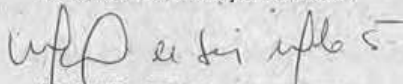


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 168

VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS; VIDA SEGURADORA S/A; XL SEGUROS BRASIL S/A; YASUDA SEGUROS S/A; ZURICH MINAS BRASIL SEGUROS S/A; ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A; ZURICH VIDA E PREVIDÊNCIA S/A; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato anexo, substabeleço, com reservas de iguais, na pessoa do Dr. **ANTONIO EDUARDO GONÇALVES DE RUEDA**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PE nº 16.983; com escritório na Rua Condado, 77, Bairro de Parnamirim, Recife - PE. Os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre - DPVAT, ficando, desde já, **VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física**, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 2.797, de 04/12/2007.

Rio de Janeiro, 23 de julho de 2014.

  
**Maristella de Farias Melo Santos**

|                                                                                      |  |                              |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|--|
| 17º OFÍCIO DE NOTAS - Tabelião Carlos Alberto Firmino Oliveira                       |  | ARTÓRIO DO 17º               |  |
| Rua do Carmo 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ. Tel: 2107-9800                       |  | Bruno Rodrigo Belem Gaspar   |  |
| Reconheço por semelhança a firma de: MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS (X000000EFD08) |  | Escritorante                 |  |
| Rio de Janeiro, 28 de julho de 2014. Conf. por:                                      |  | 20 CAD / CCI nº 94.04761     |  |
| Em testemunho da verdade. Serueptia                                                  |  | 50 Art. 20 § 3º Lei 8.935/94 |  |
| Bruno Rodrigo Belem Gaspar - Aut. 36% T.J.FINBOS                                     |  | 57                           |  |
| Total                                                                                |  | 57                           |  |
| ERKH-87158 VRY Consulta em https://www3.tjrj.jus.br/sitepublico                      |  | OFÍCIO DE NOTAS - RJ         |  |



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461617400000024601535>  
Número do documento: 19101815461617400000024601535

Num. 25440605 - Pág. 2



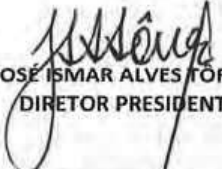
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 169

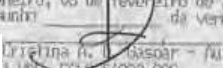
### PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435, **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731, **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.

  
**JOSÉ ISMAR ALVES TORRES**  
DIRETOR PRESIDENTE

  
**HÉLIO BITTON RODRIGUES**  
DIRETOR

|                                                                                                                                                    |                                                                                                            |                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17º Ofício de Notas<br>DA CAPITAL                                                                                                                  | Tabelião Carlos Alberto Forno Oliveira<br>Rua do Carmo, 63 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107.1000 | AD828690<br>088574                                                                                                                                     |
| Reconheço na AUTENTICAÇÃO as firmas de: <b>HÉLIO BITTON RODRIGUES</b>                                                                              |                                                                                                            |                                                                                                                                                        |
| <b>JOSÉ ISMAR ALVES TORRES</b> (X00000529453)                                                                                                      |                                                                                                            |                                                                                                                                                        |
| Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.                                                                                                           |                                                                                                            |                                                                                                                                                        |
| Em Testemunho                                                                                                                                      |                                                                                                            |                                                                                                                                                        |
| <br>Pauline Cristina A. D. Gaspar - Aut.<br>1102-1007-54882-093 | Conf. por:<br>Serventia<br>TJFUNDOS<br>Total                                                               | <b>CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ</b><br>Pauline Cristina A. D. Gaspar<br>Escritor<br>3.96<br>J0706.40042 série 00077 ME<br>Aut. 2015 3ª Lei 8.986/94 |



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461738000000024601536>  
Número do documento: 19101815461738000000024601536

Num. 25440606 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 170

**SUBSTABELECIMENTO**

Na qualidade de procurador da **SEGURADORA LIDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas, nº 74 – 5º andar – Centro – RJ, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado pelo **Dr. JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção de São Paulo, sob o número 111.807 e no CPF/MF sob o nº 110.916.708-38, doravante denominada Outorgante, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. ANTÔNIO EDUARDO GONÇALVES DE RUEDA**, brasileiro, inscrito na OAB/PE 16.983 e **MARIA EMÍLIA GONÇALVES DE RUEDA**, brasileira, inscrita na OAB/PE 23.748; **INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA RUEDA & RUEDA ADVOGADOS**, inscrita na OAB/PE sob o número 1205, com escritório situado na Rua Condado, nº 77, Parnamirim, Recife, Pernambuco, CEP: 52.060-080 TEL: (81) 3128 6150, com endereço eletrônico: [ressarcimento.judicialsl@ruedaerueda.com.br](mailto:ressarcimento.judicialsl@ruedaerueda.com.br), aos quais, independentemente de ordem ou nomeação, confere plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *Ad Judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações e recursos competentes e defender a Outorgante nos contrários, usando de todos os recursos legais, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, conciliar nos termos dos artigos 105 e seguintes do Código de Processo Civil, nomear prepostos para representá-la judicialmente, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos para o fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, **ficando, desde já, VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante**

Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Líder DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461841800000024601537>  
Número do documento: 19101815461841800000024601537

Num. 25440607 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 171

Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº09. 248.608/0001-04 nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 01 de abril de 2018.

**JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**  
OAB/SP 111.807



Preservando com o meio ambiente: a Seguradora Líder DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461841800000024601537>  
Número do documento: 19101815461841800000024601537

Num. 25440607 - Pág. 2

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 172



Seguradora Líder - DPVAT

### SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato anexo, substabeleço, com reservas de iguais, na pessoa do **Dr. ANTONIO EDUARDO GONÇALVES DE RUEDA**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PE nº 16.983; com escritório na Rua Condado, 77, Bairro de Parnamirim, Recife – PE, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, ficando, desde já, **VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física**, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 2.797, de 04/12/2007.

Rio de Janeiro, 23 de junho de 2014.

**Valdir Dias de Sousa Júnior**

*Valdir Junior*  
Gerente Jurídico Contencioso



Assinado eletronicamente por: ANTONIO EDUARDO GONCALVES DE RUEDA - 18/10/2019 15:46:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19101815461944800000024601539>  
Número do documento: 19101815461944800000024601539

Num. 25440609 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 173



**7ª Vara Cível de Campina Grande**

( )

Nº do processo: 0819426-07.2019.8.15.0001  
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
Assunto(s): [ACIDENTE DE TRÂNSITO]

**MANDADO DE INTIMAÇÃO DE ADVOGADO(A)**

À impugnação, no prazo legal.

Advogado: INACIO BRUNO SARMENTO OAB: PB21472 Endereço: desconhecido

, em 8 de novembro de 2019.

De ordem, KASMARY HENRIQUES DO O MELO  
Mat.



Assinado eletronicamente por: KASMARY HENRIQUES DO O MELO - 08/11/2019 11:27:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110811274100800000025173912>  
Número do documento: 19110811274100800000025173912

Num. 26053513 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 174

Impugnação à Contestação em anexo.



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 08/11/2019 12:44:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110812444308200000025177973>  
Número do documento: 19110812444308200000025177973

Num. 26057738 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 175

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA  
CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE-PB.**

PROCESSO Nº **0819426-07.2019.8.15.0001**

**Douto Julgador,**

**JULIO CESAR SILOVA SILVEIRA**, devidamente qualificado nos autos, por seu advogado que a esta subscreve, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, nestes autos de AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT, que move em face da SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT, apresentar sua **IMPUGNAÇÃO À CONTESTAÇÃO**, pelos motivos a seguir expostos:

Em nome do princípio constitucional do “devido processo legal”, a norma legal que rege o DPVAT, determina o pagamento da indenização até mesmo em casos de sequelas residuais, assim determina a norma legal:

A Lei nº 11.945, de 4 de junho de 2009, In verbis:

“ **Art. 31.** Os arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que **corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento)**

Rua: João Sergio de Almeida, nº800-B, Bodocongo, Campina Grande - PB  
(83)3334-1289/99988-5048/98769-2274  
inaciobrunoadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 08/11/2019 12:44:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110812444611200000025178400>  
Número do documento: 19110812444611200000025178400

Num. 26058065 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 176

**para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.”** . Grifo nosso

Ressalte-se que foi um grande e substancial avanço da norma em que pese ao legislador abandonar o dano, passando a quantificar as lesões entendidas pelas seguradoras agora como “sequelas residuais” em grau mínimo em 10% (dez por cento).

Ao contrário do que suscita a requerida, a inicial não veio instruída com documentos imprescindíveis para o deslinde da demanda, não é verdade. O autor, segue o que determina O ART. 319 do NCPC, c/c quando esta estabelece na Lei nº 6.194/74, o pagamento da indenização, mediante a SIMPLES, ocorrência do acidente.

#### **BREVE HISTÓRICO DO PROCESSO**

O autor propôs Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório em desfavor da requerida objetivando receber o valor integral da indenização pertinente ao seguro DPVAT por invalidez, decorrente ao acidente de trânsito.

Foi deferido ao autor o benefício da assistência judiciária gratuita

Após a requerida foi citada e contestou à presente demanda.

Vieram os autos para Replica.

Breve é o Relatório.

#### **DA PREELIMINARES**

#### **DA FALTA DE INTERESSE DE AGIR**

Sustenta a ré que o pagamento da indenização já foi realizado administrativamente, não restando por tanto nenhum valor a ser recebido pelo autor.

2

Rua: João Sergio de Almeida, nº800-B, Bodocongo, Campina Grande - PB  
(83)3334-1289/99988-5048/98769-2274  
inaciobrunoadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 08/11/2019 12:44:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110812444611200000025178400>  
Número do documento: 19110812444611200000025178400

Num. 26058065 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 177

Porém, é pacífico em reiteradas decisões no Nosso Tribunal, o recibo referente ao pagamento de parte do seguro dá ampla quitação apenas ao valor nele constante, não retirando do Autor desta ação, o direito de pleitear em juízo o recebimento da integralidade do valor devido, como assim o faz.

Neste sentido colaciona-se julgado que segue:

AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO DE RESPONSABILIDADE CIVIL - DPVAT. AFASTADAS PRELIMINARES DE CARÊNCIA DE AÇÃO E ILEGITIMIDADE PASSIVA. ACIDENTE DE TRÂNSITO. [...] Ainda assim, mesmo nos casos em que há pagamento parcial, sabe-se que a quitação é limitada ao valor recebido, não abrangendo o direito à compilação da indenização, cujo valor decorre de lei [...] SENTENÇA MANTIDA. NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO. (TJ-RS - Recurso Cível: 71001544394 RS, Relator: Vivian Cristina Angonese Spengler, Data de Julgamento: 18/06/2008, Segunda Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 23/06/2008).

Ementa: SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT.[...] QUITAÇÃO OUTORGADA, AINDA QUE SEM QUALQUER RESSALVA, NÃO EXIME A SEGURADORA DO PAGAMENTO DA DIFERENÇA DEVIDA, POIS EVIDENTE A IMPOSIÇÃO DA IMPORTÂNCIA ESTABELECIDADA PELO ÓRGÃO REGULADOR EM DETRIMENTO DOS DIREITOS LEGAIS DOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO. RECIBO CUJO EFEITO CINGE-SE À COMPROVAÇÃO DA QUANTIA EFETIVAMENTE RECEBIDA. RECURSOPARCIALMENTE PROVIDO, PARA REDUZIR A CONDENAÇÃO AO PRINCIPAL DE R\$ 3.083,60, DEVIDO AOS AUTORES NA CONDIÇÃO DE CREDORES SOLIDÁRIOS DA MESMA. DE RESTO, CONFIRMADA A SENTENÇA POR SEUS FUNDAMENTOS, E, INCLUSIVE, NOS CONSECUTÓRIOS LEGAIS INCIDENTES SOBRE O PRINCIPAL CONDENATÓRIO. (Recurso Cível Nº 71000638783, Segunda



Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Mylene Maria Michel,  
Julgado em 23/03/2005)

Destarte, considerando que o Autor ao ajuizar a presente ação pleiteando pela complementação do valor pago administrativamente apenas exerceu um direito garantido por lei, não lhe “falecendo” nenhum direito, não devendo ser acatada tal preliminar arguida pela Ré.

**FALTA DE LAUDO DO IML - DOCUMENTO INDISPENSÁVEL**

Alega a requerida, ainda, que os documentos colacionados aos autos não são capazes de qualificar a invalidez experimentada pelo autor, bem como quantificar seu grau, sendo o único documento apto para sua comprovação o laudo expedido pelo IML.

Contudo, basta a realização de prova pericial para comprovar que o autor sofreu perda da função de membro, ocasionada por acidente automobilístico, até mesmo a ré concorda haver necessidade de produzir prova pericial, ao apresentar quesitos que pretende ver respondidos.

O entendimento dos Tribunais pátrios, com efeito, não é outro senão o aqui defendido, valendo citar duas recentes ementas do Egrégio TJSP que se amoldam perfeitamente ao caso presente:

SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE [...] LAUDO DO IML NÃO É DOCUMENTO INDISPENSÁVEL À PROPOSITURA DA AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO SENTENÇA ANULADA. Apelação parcialmente provida, com determinação. (TJ-SP - APL: 64937620108260152 SP 0006493-76.2010.8.26.0152, Relator: Cristina Zucchi, Data de Julgamento: 05/11/2012, 34ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 09/11/2012)

[...] SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. MORTE DO SEGURADO. PETIÇÃO INICIAL. ALEGAÇÃO DE VÍCIO PELA FALTA DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO INDISPENSÁVEL. DESACOLHIMENTO. O laudo do IML não constitui documento de apresentação indispensável com a petição inicial, na ação de cobrança de prestação securitária (DPVAT), A prova do dano, à falta de disposição legal específica, pode ser feita pelos diversos meios probatórios,

4

Rua: João Sergio de Almeida, nº800-B, Bodocongo, Campina Grande - PB  
(83)3334-1289/99988-5048/98769-2274  
inaciobrunoadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 08/11/2019 12:44:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110812444611200000025178400>  
Número do documento: 19110812444611200000025178400

Num. 26058065 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 179

circunstância que, por si só, afasta a possibilitar de cogitar da indispensabilidade da prova documental para tal demonstração.[...] (TJ-SP - APL: 9119010072008826 SP 9119010-07.2008.8.26.0000, Relator: Antonio Rigolin, Data de Julgamento: 09/10/2012, 31ª Câmara de Direito Privado, Data de Publicação: 09/10/2012)

Destarte, diferentemente do alegado pela ré, a documentação acompanhada da inicial faz prova constitutiva do direito do autor, requerendo, portanto, que seja rejeitada a preliminar de falta de pressuposto processual.

### **SOBRE O MÉRITO**

Com relação ao mérito propriamente dito, Excelência, a ré, como sempre, segue os argumentos infundados dos seguintes tópicos:

*Do pagamento realizado na esfera administrativa;*

*Da Inexistência de Invalidez;*

*Ônus da prova;*

*Da súmula 474 STJ;*

*Da Necessidade de prova pericial;*

*Dos juros e correção Monetária;*

*Dos honorários;*

Destarte, o autor passa agora a debruçar-se sobre as teses meritórias.

### **DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA**

Sustenta a ré que o pagamento da indenização já foi realizado administrativamente, não restando por tanto nenhum valor a ser recebido pelo autor. Porém



Porém, é pacífico em reiteradas decisões no Nosso Tribunal, o recibo referente ao pagamento de parte do seguro dá ampla quitação apenas ao valor nele constante, não retirando do Autor desta ação, o direito de pleitear em juízo o recebimento da integralidade do valor devido, como assim o faz.

Neste sentido colaciona-se julgado que segue:

AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO DE RESPONSABILIDADE CIVIL - DPVAT. AFASTADAS PRELIMINARES DE CARÊNCIA DE AÇÃO E ILEGITIMIDADE PASSIVA. ACIDENTE DE TRÂNSITO. [...] Ainda assim, mesmo nos casos em que há pagamento parcial, sabe-se que a quitação é limitada ao valor recebido, não abrangendo o direito à compilação da indenização, cujo valor decorre de lei [...] SENTENÇA MANTIDA. NEGADO PROVIMENTO AO RECURSO. (TJ-RS - Recurso Cível: 71001544394 RS, Relator: Vivian Cristina Angonese Spengler, Data de Julgamento: 18/06/2008, Segunda Turma Recursal Cível, Data de Publicação: Diário da Justiça do dia 23/06/2008).

Ementa: SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT.[...] QUITAÇÃO OUTORGADA, AINDA QUE SEM QUALQUER RESSALVA, NÃO EXIME A SEGURADORA DO PAGAMENTO DA DIFERENÇA DEVIDA, POIS EVIDENTE A IMPOSIÇÃO DA IMPORTÂNCIA ESTABELECIDA PELO ÓRGÃO REGULADOR EM DETRIMENTO DOS DIREITOS LEGAIS DOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO. RECIBO CUJO EFEITO CINGE-SE À COMPROVAÇÃO DA QUANTIA EFETIVAMENTE RECEBIDA. RECURSOPARCIALMENTE PROVIDO, PARA REDUZIR A CONDENAÇÃO AO PRINCIPAL DE R\$ 3.083,60, DEVIDO AOS AUTORES NA CONDIÇÃO DE CREDORES SOLIDÁRIOS DA MESMA. DE RESTO, CONFIRMADA A SENTENÇA POR SEUS FUNDAMENTOS, E, INCLUSIVE, NOS CONSECUTÓRIOS LEGAIS INCIDENTES SOBRE O PRINCIPAL CONDENATÓRIO. (Recurso Cível Nº 71000638783, Segunda Turma Recursal Cível, Turmas Recursais, Relator: Mylene Maria Michel, Julgado em 23/03/2005)



Destarte, considerando que o Autor ao ajuizar a presente ação pleiteando pela complementação do valor pago administrativamente apenas exerceu um direito garantido por lei, não lhe “falecendo” nenhum direito, como assim quer fazer crer a Requerida.

Tal entendimento é majoritário em nosso Tribunal, e o autor busca somente ser restituído a diferença do que é merecedor receber, pois o valor recebido é irrisório diante de sua invalidez permanente decorrente do acidente ocorrido.

#### **DA INEXISTÊNCIA DA INVALIDEZ**

Aduz a requerida que ao autor desta ação não possuem lesões a indenizar, o que prova-se o contrário com as documentações médicas e acostadas aos autos, porém frisa-se que, em se tratando de seguro pessoal, não se pode investigar quanto à proporção do prejuízo sofrido, pois a vida ou a redução da capacidade produtiva não é passível de perfeita estimativa econômica, consoante estabelece o art. 789 do Código Civil, o que atentaria ao princípio da dignidade humana.

Destarte, como diversas vezes vem insurgindo a requerida em determinar se o autor possuía as lesões necessárias para auferir o valor devido de complemento da indenização permanente, peço que se Vossa Excelência designe ao entender que deve o Autor ter o grau de invalidez avaliado por uma perícia Judicial, para auferir as lesões referente ao acidente, devendo o autor assim receber o valor justo referente invalidez permanente.

#### **ÔNUS DA PROVA**

Alega a ré que o autor não se desincumbiu de demonstrar seu lícito direito através de provas oficiais, porém é certo que o autor juntou aos autos vasta prova documental, consistente em:

- > Boletim de Ocorrência do sinistro;
- > Prontuário Médico;

7

Rua: João Sergio de Almeida, nº800-B, Bodocongo, Campina Grande - PB  
(83)3334-1289/99988-5048/98769-2274  
inaciobrunoadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 08/11/2019 12:44:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110812444611200000025178400>  
Número do documento: 19110812444611200000025178400

Num. 26058065 - Pág. 7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 182

> Ato Declaratório do SAMU e etc.

O conjunto probatório carreado aos autos demonstra claramente que i) o autor sofreu o acidente, ii) que o autor possui danos físicos decorrentes deste.

Tais documentos mostram-se plenamente suficientes, aliados ainda à perícia médica - requerida pelo autor e que certamente será determinada por Vossa Excelência - para demonstrar o lícito direito pleiteado nestes autos.

É certo ainda que a relação havida entre as partes se caracteriza como de consumo, nos termos do que dispõe os artigos 2º e 3º, § 2º, do Código de Defesa do Consumidor, sendo igualmente certo que as atividades securitárias incluem-se na definição de relação de consumo.

Destarte, a inversão do ônus da prova em favor do autor é plenamente possível in casu, nos termos do art. 6º, VIII, do CDC, que prescreve:

"VIII - A facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente..."

Destarte, resta plenamente demonstrado, através de farta documentação (excluindo-se apenas o laudo do IML), o lícito direito do autor, sendo plenamente viável a inversão do ônus da prova para que a ré suporte as despesas do laudo que será produzido nestes autos.

#### **DA SÚMULA 474 STJ**

Aludi a Requerida que a presente súmula 474 do STJ foi criada em decisões baseadas no grau de invalidez dos acidentados, pois não deixa de ser necessárias as perícias médicas judiciais para comprovar o grau de invalidez do acidentado.



Ocorre que eivada de má-fé esta sua alegação, pois a referida Súmula, e seu corpo, somente esclarece que o beneficiário será pago na proporção do grau de sua invalidez.

### **DOS JUROS E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Descabida a pretensão da Requerida quanto à correção monetária ser somente o do índice de atualização vigente no mês do ajuizamento da ação, pois adotaram, como posicionamento majoritário em nosso Tribunal, que a correção monetária decorrentes de sinistros, deverão ser corrigidas pelo IGP-M desde a data do acidente.

Também com relação aos juros de mora, Excelência, atento à Súmula 426 do E. STJ, o autor não requereu, em momento algum, que sua aplicação se desse desde a data do acidente.

No entanto, em relação à correção monetária o entendimento do autor diverge antagonicamente ao da ré, ponto vista que coincide com a consolidada jurisprudência deste país, como se pode demonstrar através de alguns julgados do E. Tribunal da Cidadania:

AGRAVO REGIMENTAL. AÇÃO DE COBRANÇA. INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT. CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. 1.- Na ação de cobrança de indenização do seguro DPVAT o termo inicial da correção monetária é a data do evento danoso. 2.- Agravo Regimental improvido. (STJ - AgRg no AREsp: 46024 PR 2011/0149361-7, Relator: Ministro SIDNEI BENETI, Data de Julgamento: 16/02/2012, T3 - TERCEIRA TURMA, Data de Publicação: DJe 12/03/2012 – grifos nossos sempre)

SEGURO. DPVAT. INDENIZAÇÃO. LEI N. 11.482/2007. CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. 1. No caso de acidente ocorrido na vigência da Lei n. 11.482/2007, a indenização relativa ao seguro DPVAT deve corresponder a R\$ 13.500,00, de acordo com os percentuais previstos na tabela de condições gerais de seguro de acidente suplementada. 2. A correção monetária sobre dívida por ato ilícito incide a partir do efetivo prejuízo (Súmula n. 43/STJ). 3. Agravo regimental provido em parte para se conhecer do recurso especial e dar-lhe parcial provimento. (AgRg no Ag 1.290.721/GO, Rel. Min. JOÃO OTÁVIO DE NORONHA, QUARTA TURMA, DJe 14.6.11);

9

Rua: João Sergio de Almeida, nº800-B, Bodocongo, Campina Grande - PB  
(83)3334-1289/99988-5048/98769-2274  
inaciobrunoadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 08/11/2019 12:44:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110812444611200000025178400>  
Número do documento: 19110812444611200000025178400

Num. 26058065 - Pág. 9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 184

SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). RECURSO ESPECIAL. MATÉRIA CONSTITUCIONAL. INVIABILIDADE. ACIDENTE OCORRIDO ANTERIORMENTE À VIGÊNCIA DA LEI 8.441/92, QUE ALTEROU A REDAÇÃO DOS ARTIGOS 4, 5, 7 E 12 DA LEI 6.194/74. PAGAMENTO DE 50% DA INDENIZAÇÃO. IMPOSSIBILIDADE. CORREÇÃO MONETÁRIA. DATA DO ACIDENTE. JUROS DE MORA A CONTAR DA CITAÇÃO. [...]6. No seguro obrigatório incide correção monetária desde o evento danoso e juros de mora a partir da citação. 7. Recurso especial parcialmente provido, apenas para reconhecer que os juros de mora devem incidir a partir da citação. (REsp 875.876/PR, Rel. Min. LUIS FELIPE SALOMÃO, QUARTA TURMA, DJe 27.6.11, grifos nossos sempre).

Segue nova decisão do Tribunal de Justiça onde a incidência de juros e correção deve ocorrer a partir da data do efetivo prejuízo e não da citação.

**TJ-PB - APELACAO APL 00026328320158150000 0002632-83.2015.815.0000 (TJ-PB)**

Data de publicação: 14/07/2015

Ementa: EMENTA: AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. DEBILIDADE PARCIAL PERMANENTE DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SENTENÇA PARCIALMENTE PROCEDENTE. APELAÇÃO. LAUDO PERICIAL ATESTANDO INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL. QUANTUM INDENIZATÓRIO FIXADO EM OBSERVÂNCIA À PROPORCIONALIDADE DA LESÃO SOFRIDA. INCIDÊNCIA DA TABELA DE DANOS PESSOAIS CONTIDA NO ANEXO DA LEI FEDERAL N.º 11.945/2009. PRECEDENTES DO STJ. CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. SÚMULA 43, DO STJ. JUROS DE MORA. APLICAÇÃO DESDE A CITAÇÃO. SÚMULA 426 DO STJ. PROVIMENTO PARCIAL. 1. "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez". Súmula n.º 474 do STJ (STJ, EDcl no AREsp 309.855/SC, Rel.ª Min.ª Maria Isabel Gallotti, Quarta Turma, julgado em 20/02/2014, publicado no DJe de 05/03/2014). 2. Súmula n.º 43 do STJ - Incide correção monetária sobre dívida por ato ilícito a partir da data do efetivo prejuízo. 3. Súmula n.º 426 do STJ - Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação. (TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo N.º 00026328320158150000, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES ROMERO MARCELO DA FONSECA OLIVEIRA, j. em 14-07-2015)

Encontrado em: 4A CÍVEL Apelante: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU, RO DPVAT S/A. Apelado: JEFFERSON

10

Rua: João Sergio de Almeida, nº800-B, Bodocongo, Campina Grande - PB  
(83)3334-1289/99988-5048/98769-2274  
inaciobrunoadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 08/11/2019 12:44:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110812444611200000025178400>  
Número do documento: 19110812444611200000025178400

Num. 26058065 - Pág. 10



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 185

Destarte, o marco inicial para a correção monetária deverá, data vênua, observar a data do acidente, o que desde já se requer na espécie.

### VERBA HONORÁRIA

Antes de finalizar esta impugnação, o autor pede vênua para tecer algumas notas sobre o pedido de diminuição da verba honorária, pois a alega a ré que o caso é de todo singelo, e que por tal motivo a verba honorária deve ser fixada no mínimo legal.

No entanto, para a defesa de seus direitos apresentou extensa (embora de refinada técnica) contestação. O feito ainda apresenta necessidade de dilação probatória, não estando excluída a atuação em nível recursal.

O autor ainda pede vênua para transcrever trecho assaz pertinente do inteiro teor do acórdão retro mencionado:

“Quando aos honorários advocatícios, verifico que estes não merecem ser reformados, seja para fixá-los em desfavor do apelado, seja para reduzi-los de 15% para 10% sobre o valor da condenação. De fato, a sucumbência do autor foi mínima, devendo ser as rés condenadas ao pagamento das despesas processuais, custas, e honorários advocatícios, não sendo o caso de serem carreados em face deste. No mais, o caso em tela também não comporta a redução pretendida para o patamar mínimo de 10% montante da condenação, eis que os honorários advocatícios foram estipulados de acordo com o trabalho desenvolvido com acuidade pelo patrono do apelado. Eventual redução importaria em aviltamento da verba.”

Por fim, saliente-se que mesmo que a condenação seja proporcional, nos termos do que apurar o r. laudo, não haverá que se falar em sucumbência recíproca, uma vez que o pedido realizado na inicial foi o seguinte:

Destarte, requer sejam os honorários advocatícios arbitrados em valor 20% da condenação, ou, na hipótese deste valor resultar irrisório, que sejam arbitrados por Vossa Excelência de maneira equânime.

11

Rua: João Sergio de Almeida, nº800-B, Bodocongo, Campina Grande - PB  
(83)3334-1289/99988-5048/98769-2274  
inaciobrunoadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 08/11/2019 12:44:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110812444611200000025178400>  
Número do documento: 19110812444611200000025178400

Num. 26058065 - Pág. 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 186



**DA NECESSIDADE DE PROVA PERICIAL JUDICIAL**

A própria requerida reconhece a necessidade de realização de pericial judicial, para que seja apurado a incapacidade permanente da parte autora, para que a mesma tenha seu direito reconhecido nesta ação, e o devido recebimento da indenização pelo sinistro que lhe ocorreu.

**PEDIDOS FINAIS**

Diante do exposto, requer que Vossa Excelência rejeite as preliminares arguidas e alegações levantadas pela ré, para que no mérito seja a presente ação julgada procedente, determinando-se a realização de perícia médica designando um médico ortopedista que apure o grau de invalidez que acomete o autor e que sejam utilizados os quesitos anexados a parte na realização de perícia, para assim condenar-se a ré nos exatos termos da lei.

Termos em que,

Pede deferimento.

Campina Grande -PB, em 08 de Novembro de 2019

**INÁCIO BRUNO SARMENTO**  
-Advogado-  
OAB/PB-21472

12

Rua: João Sergio de Almeida, nº800-B, Bodocongo, Campina Grande - PB  
(83)3334-1289/99988-5048/98769-2274  
inaciobrunoadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 08/11/2019 12:44:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110812444611200000025178400>  
Número do documento: 19110812444611200000025178400

Num. 26058065 - Pág. 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 187

### QUESITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59; 83; 102; 112, Para fins de perícia médico-legal e no resguardo dos interesses da Justiça e do próprio paciente, presta as seguintes informações:

PACIENTE: \_\_\_\_\_.

1) O PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, por volta das \_\_\_\_\_ horas, apresentando ferimento produzido por ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

2) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE PERIGO DE VIDA (        ), de que forma?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

3) DAS LESÕES SOFRIDAS HOUVE SEQÜELAS PERMANENTES, QUANTIFICAR A INVALIDEZ DO PONTO DE VISTA FUNCIONAL? (MENCIONAR O MEMBRO, SENTIDO, ÓRGÃO OU FUNÇÃO PERMANENTEMENTE DEBILITADOS): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

4) EXISTEM SEQUELAS RESIDUAIS?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

5) SE A INVALIDEZ OU DEBILIDADE DO AUTOR É EM GRAU - MÍNIMO, MÉDIO, OU, GRAVE?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

Sem mais, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

(Assinatura – carimbo – CRM)

13

Rua: João Sergio de Almeida, nº800-B, Bodocongo, Campina Grande - PB  
(83)3334-1289/99988-5048/98769-2274  
inaciobrunoadv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: INACIO BRUNO SARMENTO - 08/11/2019 12:44:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19110812444611200000025178400>  
Número do documento: 19110812444611200000025178400

Num. 26058065 - Pág. 13



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 188



**Poder Judiciário da Paraíba**  
**7ª Vara Cível de Campina Grande**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0819426-07.2019.8.15.0001

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Conforme convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder, as perícias nos processos que visem à cobrança de seguro DPVAT serão realizadas às expensas da citada seguradora, pelos peritos nomeados pelo Juízo, previamente cadastrados junto ao Tribunal de Justiça.

Assim, nomeio como perita a médica **Rosana Bezerra Duarte de Paiva** para proceder à perícia judicial nos presentes autos.

Proceda-se com a marcação da referida perícia, observando data e horário conforme disponibilidade deste Juízo.

Intimem-se as partes para, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de 10 (dez) dias, bem como para comparecimento neste fórum, na sala de audiências deste juízo, acompanhados de seus advogados, devendo trazer exames anteriores realizados, relacionados com a incapacidade/debilidade dos autos.

Ainda, intime-se a Seguradora Líder para depositar os honorários periciais no valor de R\$200,00 (duzentos reais), em 10 (dez) dias, sob pena de penhora on line. Com a juntada do respectivo laudo nos autos e comprovado o depósito dos honorários, oficie-se ao Banco do Brasil para transferência para conta bancária da perita cujos dados já são de conhecimento da escrivania.

Os quesitos a serem respondidos serão os que já se encontram na contracapa dos autos e aos quais as partes já podem ter acesso.

Campina Grande (PB), data e assinatura digitais.

FLAKANDRE DE SOUSA QUEIROZ

JUIZ DE DIREITO



Assinado eletronicamente por: FALKANDRE DE SOUSA QUEIROZ - 06/05/2020 16:47:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20050616470016400000029172931>  
Número do documento: 20050616470016400000029172931

Num. 30363315 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263599100000042635175>  
Número do documento: 21062215263599100000042635175

Num. 44853657 - Pág. 189



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, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028898

Vítima: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Data do Acidente: 16/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

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 15388389





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, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028898

Vítima: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Data do Acidente: 16/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

Senhor(a), JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

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

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00331/00332 - carta\_04 - INVALIDEZ

00040166



Carta nº 15415940



## 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:<br><b>0024543120</b>                                                                                           | CPF da vítima:<br><b>112.069.904-57</b> | Nome completo da vítima:<br><b>Julio Cesar Silva Silveira</b> |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |                                         |                                                               |
| Nome completo:<br><b>Julio Cesar Silva Silveira</b>                                                                                   |                                         | CPF:<br><b>112.069.904-57</b>                                 |
| Profissão:<br><b>Peçeiro</b>                                                                                                          | Endereço:<br><b>Sítio Cajazeiras</b>    | Número:<br><b>31N</b> Complemento:                            |
| Bairro:<br><b>Centro</b>                                                                                                              | Cidade:<br><b>Maranduba</b>             | Estado:<br><b>PB</b> CEP:<br><b>58120-000</b>                 |
| E-mail:                                                                                                                               | Tel. (DDD):<br><b>(51) 98805-6654</b>   |                                                               |

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

**RENDA MENSAL:**

|                                                     |                                                      |                                                      |                                                       |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <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        |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                |                                                                                                                      |                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |                                | <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)<br>Nome do BANCO: <b>Banco do Brasil</b> |                                |
| AGÊNCIA: <input type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                              | CONTA: <input type="text"/>    | AGÊNCIA: <b>1634</b>                                                                                                 | CONTA: <b>937229</b>           |
| (Informar o dígito se existir)                                                                                                                                                                                                                                                             | (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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                                                        |
| Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                              | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:                                    |
| Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                           | Se tinha filhos, informar quantos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    |
| Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: <b>João Pessoa, 17/01/2020</b> | TESTEMUNHAS                                         |
|                                                                                   | Nome: _____                                  | 1ª   Nome: _____                                    |
|                                                                                   | CPF: _____                                   | CPF: _____                                          |
|                                                                                   | Assinatura: _____                            | Assinatura: _____                                   |
| Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): <b>Julio Cesar Silva Silveira</b> |                                              | 2ª   Nome: _____<br>CPF: _____<br>Assinatura: _____ |
| Assinatura do Representante Legal (se houver): _____                              |                                              | Assinatura do Procurador (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.



## 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: 0085720120

CPF da vítima: 112.069.904-57

Nome completo da vítima: Julio Cesar Silva Silveira

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

Nome completo: Julio Cesar Silva Silveira CPF: 112.069.904-57  
Profissão: Piloto Endereço: Sitio Cajazeiras Número: 312 Complemento:  
Bairro: Centro Cidade: Mandacaru Estado: PB CEP: 58120-000  
E-mail: Tel. (DDD): (51) 98805-6654

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

#### RENDA 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:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1634 9 CONTA: 37229 3  
(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) ☐ Divorçado ☐ 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: São Paulo, 10/03/2020  
Nome:   
CPF:   
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

1ª | Nome:   
CPF:   
Assinatura

2ª | Nome:   
CPF:   
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (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.



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA  
DEFESA SOCIAL**  
8ª DELEGACIA DISTRITAL,



## CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1296/2019, na mesma continha o seguinte teor: terça-feira, 10 de dezembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 10:40 horas, compareceu o Sr. **Julio Cesar Silva Silveira**, portador da cédula de identidade nº 3 956 191 Sds/PB, CPF nº 112.069.904 – 57, brasileira, natural de Campina Grande - PB, solteiro, com 26 anos de idade, filho de Antonio Lopes da Silveira e de Maria Lúcia da Silva, encarregado de obra, residente à rua Sítio cajazeiras, bairro Santa Terezinha, identificado pelo CEP 58.120-000, Massaranduba - PB, o qual notificou que, No manhã do dia 16 de junho do ano de 2019, por volta das 08:50 horas aproximadamente, quando se conduzia na motocicleta Honda CG 160 START, ano e modelo 2018, placa QSD 1758 /PB, em uma das artérias na cidade de Campina Grande-PB e ns imediações do Posto de Gasolina existente na Vila Cabral, foi ultrapassado por um veículo de placas e Condutor não identificado, o qual de forma brusca, o trancou, conseqüentemente, ao livrar-se deste, sofreu uma queda, machucando-se gravemente, e assim, foi socorrido ao Hospital de Traumas, tendo submetido-se a procedimento cirúrgico, conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 10 de dezembro de 2019.

*Everaldo Martins da Costa*  
Escrivão de Polícia Civil

*Julio Cesar Silva Silveira*





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

**SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA  
DEFESA SOCIAL  
8ª DELEGACIA DISTRITAL,**



## CERTIDÃO

CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1296/2019, na mesma continha o seguinte teor: terça-feira, 10 de dezembro de 2019, nesta cidade de João Pessoa e na 8ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Geraldo Batinga da Silva, às 10:40 horas, compareceu o Sr. **Julio Cesar Silva Silveira**, portador da cédula de identidade nº 3 956 191 Sds/PB, CPF nº 112.069.904 – 57, brasileira, natural de Campina Grande - PB, solteiro, com 26 anos de idade, filho de Antonio Lopes da Silveira e de Maria Lúcia da Silva, encarregado de obra, residente à rua Sítio cajazeiras, bairro Santa Terezinha, identificado pelo CEP 58.120-000, Massaranduba - PB, o qual notificou que, No manhã do dia 16 de junho do ano de 2019, por volta das 08:50 horas aproximadamente, quando se conduzia na motocicleta Honda CG 160 START, ano e modelo 2018, placa QSD 1758 /PB, em uma das artérias na cidade de Campina Grande-PB e ns imediações do Posto de Gasolina existente na Vila Cabral, foi ultrapassado por um veículo de placas e Condutor não identificado, o qual de forma brusca, o trancou, conseqüentemente, ao livrar-se deste, sofreu uma queda, machucando-se gravemente, e assim, foi socorrido ao Hospital de Traumas, tendo submetido-se a procedimento cirúrgico, conforme laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

João Pessoa, 10 de dezembro de 2019.

*Everaldo Martins da Costa*  
Escrivão de Polícia Civil

*Julio Cesar Silva Silveira*





## 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: 0085720120

CPF da vítima: 112.069.904-57

Nome completo da vítima: Julio Cesar Silva Silveira

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

Nome completo: Julio Cesar Silva Silveira CPF: 112.069.904-57  
Profissão: Piloto Endereço: Sitio Cajazeiras Número: 312 Complemento:  
Bairro: Centro Cidade: Mandacaru Estado: PB CEP: 58120-000  
E-mail: Tel. (DDD): (51) 98805-6654

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

#### RENDA 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:    CONTA:     
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1634 9 CONTA: 37229 3  
(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 restituir 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: São Paulo, 10/03/2020  
Nome:   
CPF:   
(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome:   
CPF:   
Assinatura

2ª Nome:   
CPF:   
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (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.



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Bônus para sempre pagantes da nota fiscalizada de energia elétrica Nº 003.904.855



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 230 - KM 158 - Alça Sudeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 56423-700  
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 15.853.839-1

## DADOS DO CLIENTE

JULIO CESAR SILVA SILVEIRA  
SIT CAJAZEIRAS S/N  
MASSARANDUBA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/249183-5

## REFERÊNCIA

JUN/2019

## APRESENTAÇÃO

06/06/2019

## CONSUMO

461

## VENCIMENTO

13/06/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 377,85

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

|                                                                                                      |                 |                 |                    |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL                                           |                 |                 |                    |                    |
| 00190.00009 02957.450006 00156.516171 8 79190000037785                                               |                 |                 |                    |                    |
| Pagador: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA CNPJ/CPF: 112.069.904-57                                         |                 |                 |                    |                    |
| SIT CAJAZEIRAS S/N - AREA RURAL - MASSARANDUBA / PB - CEP 00000-000                                  |                 |                 |                    |                    |
| Nosso-Número                                                                                         | Nr Documento    | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago         |
| 29574500000156516                                                                                    | 000249183201906 | 13/06/2019      | R\$ 377,85         |                    |
| BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA                                                |                 |                 |                    | 08.826.596/0001-95 |
| AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700 |                 |                 |                    |                    |
| Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5                                                      |                 |                 |                    |                    |



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via da conta.

Receita para simples pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica Nº 003.904.555



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 230 - KM 158 - Alça Budapeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700  
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc. Est. 16.901.839-1

## DADOS DO CLIENTE

JULIO CESAR SILVA SILVEIRA  
SIT CAJAZEIRAS S/N  
MASSARANDUBA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/249183-5

## REFERÊNCIA

JUN/2019

## APRESENTAÇÃO

06/06/2019

## CONSUMO

461

## VENCIMENTO

13/06/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 377,85

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

|                                                                                                      |                 |                 |                    |                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL                                           |                 |                 |                    |                    |
| 00190.00009 02957.450006 00156.516171 8 79190000037785                                               |                 |                 |                    |                    |
| Pagador: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA CNPJ/CPF: 112.069.904-57                                         |                 |                 |                    |                    |
| SIT CAJAZEIRAS S/N - AREA RURAL - MASSARANDUBA / PB - CEP 00000-000                                  |                 |                 |                    |                    |
| Nosso-Número                                                                                         | Nr Documento    | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago         |
| 29574500000156516                                                                                    | 000249183201906 | 13/06/2019      | R\$ 377,85         |                    |
| BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA                                                |                 |                 |                    | 08.826.596/0001-95 |
| AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700 |                 |                 |                    |                    |
| Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5                                                      |                 |                 |                    |                    |



16/06/2019

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



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°: 1921999 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. CEP: 58432-809 Data: 16/06/2019  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Miquelly Vanessa Pontes

PACIENTE: JULIO CESAR SILVA CEP: 58120000 Nascimento: 30/11/1993  
Endereço: SÍTIO CAJAZEIRAS Sexo: M Telefone: 87652110  
Cidade: Massaranduba Idade: 025 Bairro: ZONA RURAL  
Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA RG: N°: 0  
Responsável: CPF: Profissão: PINTOR  
Estado Civil: Solteiro(a) Data de Atend: 16/06/2019 CNS: 70550483479610

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO Hora: 10:11:21 CONVÊNIO: SUS

## OBS FICHA:

## MECANISMOS DO TRAUMA

LÓCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgitamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paresia
32. Parastesia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

Regime Túbis Direto

Atendimento Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - D S CLÍNICOS

Paciente vítima de trauma no punho (D)  
após queda de 10m

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotorreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow

HGT: 87

PA 106 x 62

SatO2 93

Fc: 87

12:00h. Odontomella

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Gasometria arterial

( ) Tomografia Computadorizada

( ) Ultrassonografia:

( ) Radiografias:

( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Dia / /

Especialista:

Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

| Nº | PRESCRIÇÕES E CONDUTAS | HORÁRIO REALIZADO |
|----|------------------------|-------------------|
| 1  | Exame físico           |                   |
| 2  |                        |                   |
| 3  |                        |                   |
| 4  |                        |                   |
| 5  |                        |                   |
| 6  |                        |                   |

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

SUELIO MOREIRA TORRES  
22/06/2021 15:26:39

tohtcg/impreclassi.php?contar=1921999&dataatend=2019-06-16&horaatend=10:13:54

1º

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Julio Cesar Silva Silveira Registro:                      Leito: 9-3 Setor Atual: 0101

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax:            °C; P:            bpm; FR:            lpm; PA:            mmHg; FC:            bpm; SPO2:            %

HGT:            mg/dl; Peso:            Kg; Altura:            cm Dor: (X) Local: M.I.D Obs.:           

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

Tela

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOPATOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente (X) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorresistentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

Mobildade Física: (X) Preservada ( ) Pareia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local: (X) prejudicada M.I.D

Linguagem: ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

O. ENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi            %            l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº            Comissura labial nº            FIO2            % PEEP            cmH2O

(X) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúro vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) D ( ) E

Ruidos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Toases: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:            Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno            /            /            Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH            PCO2            PO2            HCO3            EB            SpO2            Data:            /            /            Hora:           

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Chelo.



15/06/2019



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRALMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52  
 4ª Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Maitimim, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/06/2019

Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 N° ATEND: 1921999

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO  
 DATA: 16/06/2019 HORA: 10:13:54

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO  
 ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS  
 HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

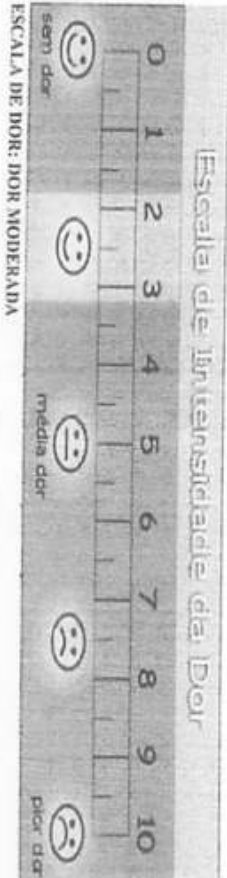
DIABETES ( )SIM (X)NAO HAS ( )SIM (X)NAO  
 DEF. MOTORA ( )SIM (X)NAO

ALERGIAS: NEGA  
 MEDICAÇÃO EM USO:  
 ESTADO GERAL: BOM  
 AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

( ) CONVULSÃO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO  
 ( ) DESORIENTADO ( ) AGITADO (X) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO  
 ( ) IRRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

#### SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARREIA ( ) EXANTEMA  
 ( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA ( ) DOR ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
 ( ) ANAFILAXIA ( ) FLEITE ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
 ( ) EPICASTALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SIBLOS ( ) TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:  
 AMARELO

HTCG-Painel Administrativo

#### CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

| HORA | PA | TEMP | FC | FR | DIURESE | ASSINATURA<br>ENFERMEIRO/COREN | DO |
|------|----|------|----|----|---------|--------------------------------|----|
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |

OBS:

ENFERMEIRO/COREN  
 Miquelly Vanessa Pontes 365332

Miquelly Vanessa P. Martellino  
 COREN-PB 569049-ENF



[illegible]

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA



SECRETARIA DO ESTADO DE SAUDE  
HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

GOVERNO  
DA PARAIBA



GOVERNO  
DA PARAÍBA



SEGUE  
o trabalho



SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE

NOME DO PACIENTE: JOÃO CARLOS DA SILVA IDADE 45

( ) PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA: 201 LEITO: 08/07 DATA 20/06/2021

DIAGNÓSTICO:

Fratura de tibia (7)

MATERIAL ESPECIAL:

Castor 4.5 + Placa DCP / 20 Haste intramedular de TIBIA

JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:

ASSINATURA E CARIMBO

PARECER DA DIREÇÃO TÉCNICA:

ASSINATURA E CARIMBO





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/06/2019

Horas: 11:00:44

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 30/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                                        | Aprazamento |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                       |             |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h                                          | 12 24       |
| 3    | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                                         | 12 18 24 06 |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD.                | 12 24       |
| 5    | RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 12h/12h<br>Diluir em 100 ML SF | 12 24       |
| 6    | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)                          | 24          |
| 7    | FISIOTERAPIA MOTORA                                                               |             |
| 8    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                   |             |

### EVOLUÇÃO

DATA: 30/06/2019 HORA: 11:00:11

PACIENTE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, NEGA FEBRE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo



29/06/19 10:00 RS: Paciente aguarda procedimento cirúrgico, segue  
P.A 140x80 com cuidados da enfermagem.  
SAB: 98 Débita  
R: 71

29/06/19

Fe= 80  
PA= 120x80  
T= 36°C  
Sat 94%

Medicação em sem  
quixos aos cuidados  
de enfermagem

Maria Margida Gonçalves  
Coron-PM 384.358 - T15



Pele: (X) Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianosa ( ) Sudorosa ( ) Fria ( ) Aquecida.  
 Tempo de enchimento capilar: (X)  $\leq 3$  segundos; ( )  $> 3$  segundos; ( ) Turgência jugular: ( )  
 Drogas vasoativas: ( ) Quais? \_\_\_\_\_ Precordialgia ( )  
 Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo  
 Cateter vascular: (X) Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: MSE Data da punção: 27/06/19  
 Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações: Tala M.D.  
**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**  
 Tipo sonático: (X) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.  
 Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.  
 Alimentação: (X) VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:  
 Abdômen: ( ) Normotense ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:  
 RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados  
 Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há \_\_\_\_ dias ( ) Outros:  
 Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito \_\_\_\_ ml/h;  
 Aspecto: ( ) Outros: \_\_\_\_\_ Observações: \_\_\_\_\_  
**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**  
 Condição da pele: ( ) Inteira ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outros:  
 Coloração da pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado  
 Condições das mucosas: (X) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sãda: ( )  
 Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: \_\_\_\_\_ Curativo em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: \_\_\_\_\_ Débito: \_\_\_\_\_ Retirado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Úlcera de pressão: ( ) Estágio: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Descrição: \_\_\_\_\_ Curativo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**CUIDADO CORPORAL**  
 Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente (X) Parcialmente dependente. Observações:  
 Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória.  
 Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas (X) Outro: deambula e caminha  
**SONO E REPOUSO**  
 (X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:  
**4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**  
**COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**  
 Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo ( ) Medo:  
 ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:  
**5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**  
**RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**  
 Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:  
**INTERCORRÊNCIAS**  
 27/06/19 às 17:15 hs pele com dor M.D., segue medicado C.P.M. Dor avaliada  
 de acordo com a escala.  
 Karla R. L. Porto Queiroz  
 COREN-PB 166371-ENF

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 27/06/19

HORA: 17:15 h

Karla R. L. Porto Queiroz  
COREN-PB 166371-ENF

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio do grupo focal. Porto Alegre (2009).





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/06/2019

Horas: 12:16:29

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 29/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                                       | Aprazamento |
|------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                      |             |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 12h/12h                                         | 12 24       |
| 3    | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                                        | 12 18 24 06 |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,               | 12 24       |
| 5    | RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h<br>Diluir em 100 ML SF | 18 06       |
| 6    | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)                         | 24          |
| 7    | FISIOTERAPIA MOTORA                                                              |             |
| 8    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                  | M N         |

### EVOLUÇÃO

DATA: 29/06/2019 HORA: 12:16:21

PACIENTE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, NEGA FEBRE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo  
Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo  
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 8926



28/06/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/06/2019

Horas: 10:02:38

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

GOVERNO  
DA PARAÍBA

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 28/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                                                                            | Aprazamento |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                           | C           |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h                                                                              | 12 24       |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 12h/12h<br>6D/7D<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 12 24       |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h                                                                             | 12 18 24 06 |
| 5    | HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V, 12h/12h<br>Reconstituir 4ML ABD,                                          | 12 24       |
| 6    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                                                    | 12 24       |
| 7    | RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h<br>Diluir em 100 ML SF                                      | 18 06       |
| 8    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)                                                              | 24          |
| 9    | FISIOTERAPIA MOTORA                                                                                                   | C           |
| 10   | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                       | C           |

## EVOLUÇÃO

DATA: 28/06/2019 HORA: 10:01:46

PACIENTE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, NEGA FEBRE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

D: VPM  
AGUARDA CIRURGIAASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/06/2019

Horas: 11:13:14

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 26/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                                                                                             | Aprazamento |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                                            |             |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h                                                                                               | 18 24       |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h<br>4D/7D (SUSP)<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 24       |
| 4    | DIPÍRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h                                                                                              | 18 24       |
|      | HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V, 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 4ML ABD,                                                 | 18 24       |
| 6    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                                                                     | 18 24       |
| 7    | RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h<br>Diluir em 100 ML SF                                                       | 18 24       |
| 8    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)                                                                               | 20          |
| 9    | FISIOTERAPIA MOTORA                                                                                                                    |             |
| 10   | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                                        |             |

### EVOLUÇÃO

DATA: 26/06/2019 HORA: 11:13:08

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTÚRBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA

Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo  
MR. ORTOPEDIA - 12/1/2019  
CRM - PB 9826



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263772700000042634570>

Número do documento: 21062215263772700000042634570



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/06/2019

Horas: 08:53:57

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M  
Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019  
Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 25/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                                             | Aprazamento                                  |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                            |                                              |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h                                               | <del>12</del> <del>24</del>                  |
| 3    | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                                              | <del>12</del> <del>18</del> <del>24</del> 06 |
| 4    | HIDROCORTISONA SUCCINATO SÓDICO 500 MG E.V. IFRA AMP. 12h/12h<br>Reconstituir 4ML ABD, | <del>12</del> <del>24</del>                  |
| 5    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                     | <del>12</del> <del>24</del>                  |
| 6    | RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h<br>Diluir em 100 ML SF       | <del>18</del> 06                             |
| 7    | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)                               | <del>24</del>                                |
| 8    | FISIOTERAPIA MOTORA                                                                    | ciente                                       |
| 9    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                        | //                                           |

### EVOLUÇÃO

DATA: 25/06/2019 HORA: 08:53:41

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE SEM DISTÚRBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO

Wagner Luiz Egito De Araujo

DR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA

CRM - PB 8926





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/06/2019

Horas: 10:33:21

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PREScrição MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077

Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Idade: 025

Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

Data de Nascimento: 30/11/1993

Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1

Enfermaria: 9

Leito: 3

Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 24/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

| Item | Prescrição                                                                                                                      | Aprazamento |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                                     |             |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h                                                                                        | 12 24       |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 1FRA AMP, 12h/12h<br>2D/7D<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 06       |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h                                                                                       | 12 18 24 06 |
|      | HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V, 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 4ML ABD,                                          | 12 24       |
| 6    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                                                              | 12 24       |
| 7    | RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h<br>Diluir em 100 ML SF                                                | 18 24       |
| 8    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)                                                                        | 20          |
| 9    | FISIOTERAPIA MOTORA                                                                                                             |             |
| 10   | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                                 |             |

### EVOLUÇÃO

DATA: 24/06/2019 HORA: 10:33:12

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL. CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263772700000042634570>

Número do documento: 21062215263772700000042634570



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 23/06/2019

Horas: 09:47:42

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: **JULIO CESAR SILVA SILVEIRA** Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEdia 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 23/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                                             | Aprazamento |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                            |             |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h                                               | 12 24       |
| 3    | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                                              | 12 18 24 06 |
| 4    | HIDROCORTISONA SUCCINATO SÓDICO 500 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h<br>Reconstituir 4ML ABD, | 12 24       |
| 5    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                     | 12 24       |
|      | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 4h)                                               |             |
|      | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)                               | 24 06       |

### EVOLUÇÃO

DATA: 23/06/2019 HORA: 09:46:52

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE SEM DISTÚRBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo  
Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo  
MR. ORTOPEdia - TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 8926





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 22/06/2019

Horas: 12:05:18

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 22/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                                                                                      | Aprazamento  |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                                     | C            |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h                                                                                        | 12 24        |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP. 12h/12h<br>OD/7D<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 24 Ricudo |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                                                                                       | 18 24 06     |
| 5    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                                                              | 18 24        |
|      | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)                                                                                       | 06           |
| 7    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)                                                                        | 22           |

### EVOLUÇÃO

DATA: 22/06/2019 HORA: 12:03:57

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTÉRMIAS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +, APRESENTANDO LESÃO INFECTADA EM REGIÃO ANTERIOR DA PERNA

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

PRESCREVO CEFTRIAXONA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo





Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

16/06/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/06/2019

Horas: 12:59:57

Médico (a) Diarista: Jose Renna Gomes Da Silva

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 5 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 16/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Renna Gomes Da Silva /

| Item | Prescrição                                                         | Apazamento |
|------|--------------------------------------------------------------------|------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                        | 24         |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h                           | 20         |
| 3    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h                          | 18 24 06   |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD, | 14 06      |
| 5    | OMEPRAZOL 20 MG V.O, 24h/24h (ADM AS 14h)                          | 14         |
| 6    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)           | 14         |

### VOLUÇÃO

DATA: 16/06/2019 HORA: 12:58:40

### ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA NA PERNA DIREITA APOS MOTO CAIR SOBRE SUA PERNA COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL.

HD: REFRATURA DA TIBIA DIREITA PERIMPLANTE

CD: SOLICITO PRE-OP  
INTERNACAO HOSPITALAR

ASSINATURA + CARIMBO  
Jose Renna Gomes Da Silva



20/06/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/06/2019

Horas: 00:17:28

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: AMARELA Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 20/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

| Item | Prescrição                                                         | Aprazamento |
|------|--------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                        | V           |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h                           | 12          |
| 3    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                          | 12 18 00 06 |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD. | 12 06       |
| 5    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)                          | 14          |
| 6    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)           | 14          |

### CONCLUSÃO

DATA: 20/06/2019 HORA: 00:17:20

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTÚRBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Hallisson Barros De Almeida

*CNPJ*  
Hallisson Barros de Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - RJ 1022





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/06/2019

Horas: 09:10:41

Médico (a) Diarista: Hallisson Barros De Almeida

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 19/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Hallisson Barros De Almeida /

| Item | Prescrição                                                         | Aprazamento |
|------|--------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                        | SN          |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h                           | 18 24       |
| 3    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                          | 18 24 06    |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD. | 18 24       |
| 5    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)                          | 14          |
| 6    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)           | 14          |

### VOLUÇÃO

DATA: 19/06/2019 HORA: 09:10:28

PCT EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTERMIAS

DOR ++

DIURESE E EVACUAÇÕES PRTESENTES

CONDUTA:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros De Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 9562

PA = 130 x 70

Pulso = 77

HGT = 115





GOVERNO  
DA PARAIBA

Data: 21/06/2019  
Horas: 10:49:16  
Médico (a): Dentista: Wagner Luiz Egito De Araujo

#### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRACTURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 21/06/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                         | Aprazamento |
|------|--------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                        | C           |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0.9% 100ML E.V. 12h/12h                           | 12          |
| 3    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                          | 12          |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD. | 12          |
| 5    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)                          | 12          |
| 6    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)           | 12          |



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/06/2019

Horas: 01:30:12

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcão

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 18/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcão /

| Item | Prescrição                                                         | Aprazamento |
|------|--------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                        | 500         |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h                           | 12 24       |
| 3    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                          | 12 24 36    |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD, | 12 24       |
| 5    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)                          | 14          |
| 6    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)           | 20          |

### OLUÇÃO

DATA: 18/06/2019 HORA: 01:29:21

### ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA NA PERNA DIREITA APOS MOTO CAIR SOBRE SUA PERNA COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL

HD: REFRATURA DA TIBIA DIREITA PERIMPLANTE

BEG, ESTÁVEL..

NV: OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

Wagner Falcão  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8643  
ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner De Melo Falcão



17/06/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/06/2019

Horas: 06:49:26

Médico (a) Diarista: Wagner De Melo Falcão

GOVERNO  
DE PERNAMBUCO

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16.06.2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

OK  
OK

8

DIA 17/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE: Wagner De Melo Falcão /

| Item | Prescrição                                                         | Aprazamento |
|------|--------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                        | 10 20       |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h                           |             |
| 3    | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                          | 12 18 00 06 |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD. | 12 00       |
| 5    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)                          | 04          |
| 6    | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)           | 10 04       |

## EVOLUÇÃO

DATA: 17/06/2019 HORA: 06:48:45

## ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA NA PERNA DIREITA APOS MOTO CAIR SOBRE SUA PERNA COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL

HD: REFRATURA DA TIBIA DIREITA PERIMPLANTE

BEG, ESTÁVEL.

NV: OK

CD: SOLICITO PRE-OP

ASSINATURA: Wagner Falcão  
Wagner De Melo Falcão  
CRM-PE 8642







HOSPITAL  
ANTÔNIO TARGINO

# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

ACRÍE:

ALA:

Julio Cesar

6

INTO: 123

MÉDICO: 1

TRADE: 23

DATA: 07/07/09

MANHÃ

Paciente admitido p/ procedimento cirúrgico. Sem queixas no momento.

Suelio Moreira Torres  
Enfermeiro  
CRM 123456

TARDE

Paciente em bom estado, consciente, orientado, apático, eufórico; em dieta zero; aguarda cirurgia; realizado cuidados constantes da enfermagem.

Obs: Realizado raio X de controle.

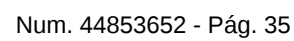
NOITE

Paciente em bom estado, consciente, orientado, em P.O. 2 de torção; segue em dieta zero até porção efetiva anestésica sem intercorrências no momento dos cuidados de enfermagem.

Suelio Moreira Torres  
Enfermeiro  
CRM 123456



## REVOLUÇÃO DE OPERAÇÃO



# EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

**HAT** HOSPITAL  
ANTONIO TARGINO

NOME: Marcelo Costa Silva

IDADE: 25

ALA: Maternidade UNO: 12-1

ANTECED: Op: Ruptura

DATA: 02/07/19

MANHÃ

Paciente recebeu alta em casa.  
muito bem após receber alta  
hospitalar realizando curativos e  
lavar bato.

*[Assinatura]*  
SUELIO MOREIRA TORRES  
COORDENADOR DE ENFERMAGEM

TARDE

NOITE



PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME Yulio Verson  
ENDEREÇO atendimento pronto

LEITO: 112

CCAVENHO 505

DIAGNÓSTICO:

DATA 01/07/18

MEDICAMENTOS

HORÁRIO

01/07/18

Amoxicilina

pts

S. Ischaemia

10

06

Cefotaxima

10

06

Dexametasona

10

04

Paracetamol

Urofemina

10

Q. Vaso

EVOLUÇÃO MÉDICA

Plano com febre ex  
fígado, infarto por  
que - unguem

02/07/18

SUELIO



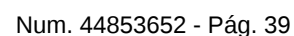


**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA**

| BOLETIM DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                       |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NOME:                                                                                                                                                                                       |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| IDADE:                                                                                                                                                                                      | SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>            | DATA DE NASCIMENTO: / / às h                                                   |                                                                                                                                                         |
| SETOR:                                                                                                                                                                                      |                                                                        | LEITO:                                                                         |                                                                                                                                                         |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO:                                                                                                                                                                         |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| ALERGIAS:                                                                                                                                                                                   | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>              | QUAIS:                                                                         |                                                                                                                                                         |
| MEDICAÇÃO CONTÍNUA:                                                                                                                                                                         | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>              | QUAIS:                                                                         |                                                                                                                                                         |
| DOENÇA CRÔNICA:                                                                                                                                                                             | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>              | QUAIS:                                                                         |                                                                                                                                                         |
| PRESENÇA DE ESCARA:                                                                                                                                                                         | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>              | LOCAL:                                                                         |                                                                                                                                                         |
| PRESSÃO ARTERIAL:                                                                                                                                                                           | HIPOTENSO <input type="checkbox"/>                                     | NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>                                          | HIPERTENSO <input type="checkbox"/>                                                                                                                     |
| SISTEMA NEUROLÓGICO:                                                                                                                                                                        | CONSCIENTE <input type="checkbox"/>                                    | INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>                                          | ORIENTADO <input type="checkbox"/>                                                                                                                      |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO:                                                                                                                                                                       | DISPNEICO <input type="checkbox"/>                                     | TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>                                           | EUPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>                                                                                  |
| SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)                                                                                                                                                              | NORMAL <input type="checkbox"/> OUSÚRIA <input type="checkbox"/>       | POLÚRIA <input type="checkbox"/> CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>          | OLIGÚRIA <input type="checkbox"/> ANÚRIA <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/>                                                          |
| MOBILIDADE:                                                                                                                                                                                 | DEÂMBULA <input type="checkbox"/> TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/> | DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/> | ACAMADO <input type="checkbox"/> PARESIA <input type="checkbox"/> S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/> RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/> |
| SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)                                                                                                                                                             | VO <input type="checkbox"/>                                            | SNG <input type="checkbox"/>                                                   | SNE <input type="checkbox"/>                                                                                                                            |
| ESTADO NUTRICIONAL:                                                                                                                                                                         | NUTRIDO <input type="checkbox"/>                                       | DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>                                            | OBESO <input type="checkbox"/> CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>                                                                                       |
| DADOS VITAIS:                                                                                                                                                                               | PA:                                                                    | T:                                                                             | FR: FC: PESO:                                                                                                                                           |
| DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM                                                                                                                                                                   |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA                                                                                                                                                     | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO                                                                                                                                                 | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO                                                                                                                                                  | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL                                                                                                                     | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL                                                                                                                                         | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA                                                                                              | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO                                                                                                                                               | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> NÁUSEA                                                                                                                                                             | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA                                                                                                                     | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ                                                                                                                                       | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA                                                                                                                                    | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO                                                                  | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA                                                                                                                                    | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA                                                                                                                                   | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO                                                                                                                                        | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                    | CD/FR:                                                                 |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA                                                                                                                                                               |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| FR: FATOR RELACIONADO                                                                                                                                                                       |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL                                                                                                                                                        |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                    |                                                                        | APRAZAMENTO                                                                    | ASSINATURA                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.                                                                                                                                      |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.                                                                                                                             |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.                                                                                                                |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A D/LMIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.                                                                                                     |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).                                                                    |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.                                                                                                                                          |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.                                                                                                                          |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.                                                                                                      |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).                                                                                 |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTO-CUIDADO.                                                                                                                                       |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE. |                                                                        |                                                                                |                                                                                                                                                         |



FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

|                                 |                                                    |
|---------------------------------|----------------------------------------------------|
| Nome:                           | Suelio Torres                                      |
| Registro:                       |                                                    |
| Leito:                          | 4.3                                                |
| Sector Atual:                   | OTD                                                |
| Sinais vitais: Tax:             | °C: P: bpm: FR: lpm: PA: mmHg: FC: bpm: SP02: %    |
| HGT:                            | mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm; Dor: ( ) Local: Obs.: |
| EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS: |                                                    |

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

|                             |                                                                                                 |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nível de consciência:       | ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outr      |
| GLASGOW(3-15):              |                                                                                                 |
| Drogas (Sedação/Analgesia): |                                                                                                 |
| Pupilas:                    | ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mioticas ( ) Midrícticas |
| Mobildade Física:           | ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parastesia Local: <i>Preservada cada MTD</i>          |
| Linguagem:                  | ( ) Qual? ( ) Distonia ( ) Afasia ( ) Distasia ( ) Disartria.                                   |
| Obs:                        |                                                                                                 |

OXIGENAÇÃO

|                                                                    |                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Respiração:                                                        | ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T |
| ( ) VMI TOT nº                                                     | Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH20                                                  |
| ( ) Eupnéia ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispneia ( ) Outros: |                                                                                        |
| Ausculta pulmonar:                                                 | Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) D ( ) E                                |
| Ruidos adventícios:                                                | ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:                                        |
| Toes:                                                              | ( ) Improdutiva ( ) Produtiva                                                          |
| Aspiração:                                                         | Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água:                     |
| Data da inserção do dreno                                          | / /                                                                                    |
| Gasometria arterial:                                               | PH PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2                                                               |
| PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS                                  |                                                                                        |

|                                                                         |                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Alteração:                                                              | ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação: |
| SEGURANÇA FÍSICA                                                        |                                                                   |
| ( ) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda. Observação: |                                                                   |
| REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR                                                |                                                                   |
| Pulso:                                                                  | ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio. |



FONTE: BORDINHÃO, R.C; Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Julio Inacio Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 0903 Setor Atual: UTI

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax: \_\_\_\_\_ °C; P: \_\_\_\_\_ bpm; FR: \_\_\_\_\_ lpm; PA: \_\_\_\_\_ mmHg; FC: \_\_\_\_\_ bpm; SPO2: \_\_\_\_\_ %  
HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl; Peso: \_\_\_\_\_ Kg; Altura: \_\_\_\_\_ cm Dor: ( ) Local: \_\_\_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**

**3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOLÓGICAS**

**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

Nível de consciência: (x) Consciente (x) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15): \_\_\_\_\_ Drogas (Sedação/Analgesia): \_\_\_\_\_

Pupilas: (x) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

Mobilidade Física: (x) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local: \_\_\_\_\_

Linguagem: ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs: \_\_\_\_\_

**OXIGENAÇÃO**

Respiração: (x) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº \_\_\_\_\_ Comissura labial nº \_\_\_\_\_ FiO2 % PEEP cmH2O

(x) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Ausculata pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (x) Diminuídos ( ) D ( ) E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros: \_\_\_\_\_

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectorção: ( ) Quantidade e aspecto: \_\_\_\_\_

Aspiração: Quantidade e aspecto: \_\_\_\_\_ Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água: \_\_\_\_\_

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: \_\_\_\_\_

Gasometria arterial: PH \_\_\_\_\_ PCO2 \_\_\_\_\_ PO2 \_\_\_\_\_ HCO3 \_\_\_\_\_ EB \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**

Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação: \_\_\_\_\_

**SEGURANÇA FÍSICA**

(x) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação: \_\_\_\_\_

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

Pulso: (x) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.



Pele: ☒ Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.  
Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )  
Drogas vasoativas: ( ) Quais? Precordialgia ( )  
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo  
Cateter vascular: ☒ Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: M.E. Data da punção 25/06/19  
Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:  
**ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)**  
Tipo somático: ☒ Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.  
Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.  
Alimentação: ☒ VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gastronomia ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: Data: / /  
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:  
Abdômen: ☒ Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:  
RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados  
Eliminação intestinal: ☒ Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:  
Eliminação urinária: ☒ Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito ml/h;  
Aspecto: ( ) Outros: Observações:  
**INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA**  
Condição da pele: ☒ Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:  
Coloração da pele: ☒ Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica | Turgor da pele: ( ) Preservado  
Condições das mucosas: ☒ Úmidas ( ) Secas | Manifestações de sede: ( ).  
Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto: Curativo em: / /  
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Débito: Retirado em: / /  
Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo: / /  
**CUIDADO CORPORAL**  
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ☒ Parcialmente dependente. Observações:  
Higiene corporal: ☒ Satisfatória ( ) Insatisfatória | Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.  
Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:  
**SONO E REPOUSO**  
☒ Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:  
**4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS**  
**COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL**  
Comunicação: ☒ Preservada ( ) Prejudicada | Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:  
( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:  
**5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS**  
**RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE**  
Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:  
**INTERCORRÊNCIAS**

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:  
Gisara S. Raposo  
ENFERMEIRA  
CRM-PR 439.608

DATA: 26/06/19 HORA: 10:30 h



**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Julio Cesar Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 4-3 Setor Atual: 0110 I

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax: \_\_\_\_\_ °C; P: \_\_\_\_\_ bpm; FR: \_\_\_\_\_ lpm; PA: \_\_\_\_\_ mmHg; FC: \_\_\_\_\_ bpm; SPO2: \_\_\_\_\_ %  
HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl; Peso: \_\_\_\_\_ Kg; Altura: \_\_\_\_\_ cm Dor: ( ) Local: \_\_\_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**

**3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS**

**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

Nível de consciência: ( ☒ ) Consciente ( ☒ ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15):

Drugs (Sedação/Analgesia):

Pupílas: ( ☒ ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríáticas

Mobildade Física: ( ☒ ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:

Linguagem: ( ) Qual? ( ) Disfonía ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

**O<sup>2</sup> ENAÇÃO**

Respiração: ( ☒ ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMI ( ) VMI TOT nº \_\_\_\_\_ Comissura labial nº \_\_\_\_\_ FIO2 % PEEP cmH2O

( ☒ ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúro vesicular presente: ( ) Diminuído ( ) D ( ) E

Ruidos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectorção: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: \_\_\_\_\_ Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO<sub>2</sub> PO<sub>2</sub> HCO<sub>3</sub> EB SpO<sub>2</sub> Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

**PERCEÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS**

Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:

**SEGURANÇA FÍSICA**

( ☒ ) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda. Observação:

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

Pulso: ( ☒ ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Chelo.



NOME: Julio Cesar Silva PROCTUÁRIO: \_\_\_\_\_  
 DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

|        |       |      |       |         |          |      |
|--------|-------|------|-------|---------|----------|------|
| IDADE: | SEXO: | COR: | PESO: | ALTURA: | CLÍNICA: | ENF: |
|        |       |      |       |         |          |      |

DADOS CLÍNICOS: 06

*Handwritten signature and date: 16/06/2021*

INTERVALO A EXAMINAR:

PLANEJAMENTO: Rx Parar D AP PP

|                                    |                                  |
|------------------------------------|----------------------------------|
| URGÊNCIA: <input type="checkbox"/> | ROTINA: <input type="checkbox"/> |
| DATA: <u>16/06/21</u>              | HORA DA SOLICITAÇÃO: _____       |

*Handwritten signature*

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/06/2019

Horas: 12:15:25

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK OK

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 27/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                                                                                   | Aprazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                                  |             |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h                                                                                     | 12 24       |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 12h/12h<br>5D/7D<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF (susq) | 18 24       |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h                                                                                    | 12 18 24 06 |
| 5    | HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V, 12h/12h<br>Reconstituir 4ML ABD,                                                 | 14 22       |
| 6    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                                                           | 12 24       |
| 7    | RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h<br>Diluir em 100 ML SF                                             | 18 06       |
| 8    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)                                                                     | 22          |
| 9    | FISIOTERAPIA MOTORA                                                                                                          |             |
| 10   | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                              | ciente      |

### EVOLUÇÃO

DATA: 27/06/2019 HORA: 12:15:16

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo  
ORTOPEDIA - 12277777777  
CRM - 09 15676



5

Y496

Num. 44853652 - Pág. 47

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|
|  <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</b> |  |
| <b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                   |  |
| <b>1. IDENTIFICAÇÃO</b><br>Nome: <u>Suelio Moreira Torres</u> Registro: <u>3</u> Leito: <u>3</u> Setor Atual: <u>Quarto</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                   |  |
| <b>2. AVALIAÇÃO GERAL</b><br>Sinais vitais: Tax: <u>  </u> °C: <u>  </u> P: <u>  </u> bpm: <u>  </u> FR: <u>  </u> lpm: <u>  </u> PA: <u>  </u> mmHg: <u>  </u> FC: <u>  </u> bpm: <u>  </u> SPO2: <u>  </u> %<br>HGT: <u>  </u> mg/dl: <u>  </u> Peso: <u>  </u> Kg: <u>  </u> Altura: <u>  </u> cm Dor: ( ) Local: <u>  </u> Obs.: <u>  </u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                   |  |
| <b>EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                   |  |
| <b>3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                   |  |
| <b>REGULAÇÃO NEUROLÓGICA</b><br>Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro<br>GLASGOW(3-15):<br>Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotoreagentes ( ) Mídricas ( ) Midríaticas<br>Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:<br>Linguagem: ( ) Qual? ( ) Distonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.<br>Obs:                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                   |  |
| <b>OXIGENAÇÃO</b><br>Respiração: ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T<br>( ) VMI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O<br>( ) Eupnéia: ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispneia ( ) Outros:<br>Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) D ( ) E<br>Ruidos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:<br>Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:<br>Aspiração: Quantidade e aspecto:<br>Data de inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:<br>Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2 Data: / / Hora: |  |                                                                   |  |
| <b>PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS</b><br>Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                   |  |
| <b>SEGURANÇA FÍSICA</b><br>( ) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda. Observação:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                   |  |
| <b>REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR</b><br>Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Chelo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                   |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Pete: <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ciomosa <input type="checkbox"/> Sudorosa <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Aqueda.                                                                                                                                  |  |
| Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> < 3 segundos <input type="checkbox"/> 3-5 segundos <input type="checkbox"/> > 5 segundos <input type="checkbox"/> Turgência jugular <input type="checkbox"/>                                                                                                                           |  |
| Drogas vasodiladoras: <input type="checkbox"/> Quais?                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Ausculta cardíaca: <input type="checkbox"/> Ritmica <input type="checkbox"/> Arritmica <input type="checkbox"/> Sopros <input type="checkbox"/> Outros. Marcapasso: <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Definitivo                                                                                                            |  |
| Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Dissecção. Localização: <input checked="" type="checkbox"/> MSE                                                                                                                                                              |  |
| Edema: <input type="checkbox"/> MMSS <input type="checkbox"/> MMII <input type="checkbox"/> Face <input type="checkbox"/> Anasarca. Observações:                                                                                                                                                                                                        |  |
| Alimentação e Eliminações (Intestinal e Urinária)                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Tipo alimentar: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido <input type="checkbox"/> Emagrecido <input type="checkbox"/> Caquético <input type="checkbox"/> Obeso.                                                                                                                                                                                      |  |
| Dentição: <input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Prótese.                                                                                                                                                                                                                                       |  |
| Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> Gatrostomia <input type="checkbox"/> Jejunostomia <input type="checkbox"/> NPT. Hora: <input type="checkbox"/> Data: <input type="checkbox"/>                                                                    |  |
| Alterações: <input type="checkbox"/> Inapetência <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Intolerância alimentar <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Prisão <input type="checkbox"/> Outros:                                                                                                                     |  |
| Abdômen: <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Tenso <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Outros:                                                                                                                                                           |  |
| RHA: <input checked="" type="checkbox"/> Normotivos <input type="checkbox"/> Ausentes <input type="checkbox"/> Diminuídos <input type="checkbox"/> Aumentados                                                                                                                                                                                           |  |
| Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Consistida há dias <input type="checkbox"/> Outros:                                                                                                                                                                         |  |
| Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> SVD: Débito ml/h:                                                                                                                              |  |
| Aspecto: <input type="checkbox"/> Outros: Observações:                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| Integridade física e cutâneo-mucosa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| Condição da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Íntegra <input type="checkbox"/> Ressecada <input type="checkbox"/> Equimoses <input type="checkbox"/> Hematomas <input type="checkbox"/> Escorções <input type="checkbox"/> Outros:                                                                                                              |  |
| Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input type="checkbox"/> Tumor da pele: <input type="checkbox"/> Preservado                                                                                                 |  |
| Condições das mucosas: <input checked="" type="checkbox"/> Úmidas <input type="checkbox"/> Secas. Manifestações de sede: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                       |  |
| Dreno: <input type="checkbox"/> Tipo/Aspecto: <input type="checkbox"/> Local/Aspecto:                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| Úlcera de pressão: <input type="checkbox"/> Estágio: <input type="checkbox"/> Local: <input type="checkbox"/> Descrição: <input type="checkbox"/> Curativo em: <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                 |  |
| Cuidado corporal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| Cuidado corporal: <input type="checkbox"/> Independente <input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:                                                                                                                                                                                              |  |
| Higiene corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória <input type="checkbox"/> Higiene corporal: <input type="checkbox"/> Satisfatória <input type="checkbox"/> Insatisfatória.                                                                                                                    |  |
| Sono e repouso                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Preservado <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Dorme durante o dia <input type="checkbox"/> Sono interrompido. Observações:                                                                                                                                                                   |  |
| 4- AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada <input type="checkbox"/> Prejudicada <input type="checkbox"/> Sentimentos e comportamentos: <input type="checkbox"/> Cooperativo <input type="checkbox"/> Medo: <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Ausência de familiares/visitas <input type="checkbox"/> Outros: |  |
| 5- NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
| RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| Tipo: <input type="checkbox"/> Praticante <input type="checkbox"/> Não praticante. Observações:                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| INTERCORRÊNCIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| DATA: 28/06/19 HORA: 11:55h                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| SUELIO MOREIRA TORRES 508.860                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |



16/06/2019



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



## ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) N°: 1921999 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mafra, Campina Grande - PB, CEP: 58435-809 Data: 16/06/2019  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Miquelly Vanessa Puentes

PACIENTE: JULIO CESAR SILVA CEP: 58120000 Nascimento: 30/11/1993

SILVEIRA

Endereço: SÍTIO CAJAZEIRAS

Sexo: M

Telefone: 87652110

Cidade: Massaranduba

Idade: 025

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

RG: N°: 0

Profissão: PINTOR

Responsável:

CPF:

Estado Civil: Solteiro(a)

Data de Atendimento: 16/06/2019

CNS: 705504483.479610

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Hora: 10:11:21

CONVÊNIO: SUS

## OBS FICHA:

## MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abrasão  
2. Amputação  
3. Avulsão  
4. Contusão  
5. Crivelação  
6. Dor  
7. Edema  
8. Empalhamento  
9. Enfiadura subcutânea  
10. Emagamento  
11. Equimose  
12. F. Arma branca  
13. F. Arma de fogo  
14. F. Contuso  
15. F. Cortante  
16. F. Corto-contuso  
17. F. Perfuro-contuso  
18. F. Perfuro-cortante  
19. Fratura óssea fechada  
20. Fratura óssea aberta  
21. Hematoma  
22. Insurgimento Venoso  
23. Laceração  
24. Lesão tendinosa  
25. Luxação  
26. Mordedura  
27. Movimento torácico paradoxal  
28. Objeto Encaixado  
29. Ocorrência  
30. Paralisia  
31. Parestesia  
32. Paratetania  
33. Quelmadura  
34. Rinite  
35. Sinais de Isquemia  
36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau

( ) 1º Grau

( ) 2º Grau

( ) 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Região Tibial Distal

10.1.1.148/projetohtcg/impreclassi.php?contar=1921999&amp;clafatend=2019-06-16&amp;horaatend=10:13:54

Sinal Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - D S CLÍNICOS

Paciente Amarelo de

trauma no punho (D)

ALERGIA:

após queda de 600

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS ( ) Fotoreagentes ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( )

Glasgow

HGT: 87

PA 106 x 61

SaO2 93

Fc: 87

12:00h - 3da. Vemell.

EXAMES SOLICITADOS:

( ) Laboratoriais

( ) Gasometria arterial

( ) Tomografia Computadorizada

( ) Ultrassonografia:

( ) Radiografias:

( )

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

Dia / /

Especialista:

Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

HORÁRIO REALIZADO

| Nº | PRESCRIÇÕES E CONDUTAS | HORÁRIO REALIZADO |
|----|------------------------|-------------------|
| 1  | Subvenção              |                   |
| 2  |                        |                   |
| 3  |                        |                   |
| 4  |                        |                   |
| 5  |                        |                   |
| 6  |                        |                   |

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

[illegible]

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Julio Cesar Silva Silveira Registro:                      Leito: 9-3 Setor Atual: Utopia

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax:            °C; P:            bpm; FR:            irpm; PA:            mmHg; FC:            bpm; SPO2:            %

HGT:            mg/dl; Peso:            Kg; Altura:            cm Dor: (x) Local: M.I.B Obs.:           

**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**

Tela

**3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS**

**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

Nível de consciência: (x) Consciente (x) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15):           

Drogas (Sedação/Analgesia):           

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríaticas

Mobilidade Física: (x) Preservada ( ) Paralisia ( ) Plegia ( ) Parrestesia Local: (x) prejudicada M.I.B

Linguagem: ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:           

**O. ENAÇÃO**

Respiração: (x) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi            % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VM TOT nº            Comissura labial nº            FIO2            % PEEP            cmH2O

(x) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) D ( ) E

Ruidos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto:            Dreno do tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno            /            /            Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH            PCO2            PO2            HCO3            EB            SpO2            Data:            /            /            Hora:           

**PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**

Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:

**SEGURANÇA FÍSICA**

(x) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

Pulso: (x) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Chelo.



16/06/2019



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DON LUIZ GONZAGA FERNANDES (NUP) - 08. 778. 268.0038-52  
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mafra, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 16/06/2019

Paciente: JILIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 N° ATEND: 1921999

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO  
 DATA: 16/06/2019 HORA : 16:13:54

ESPECIALIDADE : ORTOPEdia

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO  
 ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES ( ) SIM (X) NAO HAS ( ) SIM (X) NAO  
 DEF. MOTORA ( ) SIM (X) NAO

ALERGIAS : NEGA

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL : BOM

AVALIÇÃO NEUROLÓGICA  
 ( ) CONVULSÃO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO  
 ( ) DESORIENTADO ( ) AGITADO (X) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APÁTICO  
 ( ) IRRITADO ( ) DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

( ) FEBRE ( ) VÔMITO ( ) DIARRÉIA ( ) EXANTEMA  
 ( ) PRURIDO ( ) DISPNEIA ( ) DOR ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
 ( ) ANAFILAXIA ( ) FLEBITE ( ) INAPETÊNCIA ( ) ALTERAÇÕES VISUAL  
 ( ) EPIGASTRALGIA ( ) CONSTIPAÇÃO ( ) MELENA ( ) SIBLOS ( ) TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :  
 AMARELO

HTCG-Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

| HORA | PA | TEMP | FC | FR | DIURESE | ASSINATURA<br>ENFERMEIRO/COREN | DO |
|------|----|------|----|----|---------|--------------------------------|----|
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |
|      |    |      |    |    |         |                                |    |

OBS:

ENFERMEIRO COREN  
 Miquelly Vanessa Pontes 365332

Miquelly Vanessa P. Marcelino  
 COREN-PB 569048-ENF





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



## BOLETIM DE ENFERMAGEM

| BOLETIM DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                      |  |                                                |  |                                                  |                                            |                                                             |            |                                            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------|--------------------------------------------|--|
| NOME: <u>Julio Cesar Silva</u>                                                                                                                                                             |  |                                                |  |                                                  |                                            |                                                             |            |                                            |  |
| IDADE: <u>25</u>                                                                                                                                                                           |  | SEXO: <u>M</u>                                 |  | F                                                |                                            | DATA DE NASCIMENTO: <u>1</u> / <u>1</u> / <u>às 10:00</u> h |            |                                            |  |
| SETOR: <u>Coronária</u>                                                                                                                                                                    |  |                                                |  | LEITO: <u>8</u>                                  |                                            |                                                             |            |                                            |  |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO: <u>Infarto</u>                                                                                                                                                         |  |                                                |  |                                                  |                                            | <u>17.06.18</u>                                             |            |                                            |  |
| ALERGIAS:                                                                                                                                                                                  |  | SIM <input type="checkbox"/>                   |  | NÃO <input checked="" type="checkbox"/>          |                                            | QUAIS:                                                      |            |                                            |  |
| MEDICAÇÃO CONTÍNUA:                                                                                                                                                                        |  | SIM <input type="checkbox"/>                   |  | NÃO <input checked="" type="checkbox"/>          |                                            | QUAIS:                                                      |            |                                            |  |
| DOENÇA CRÔNICA:                                                                                                                                                                            |  | SIM <input type="checkbox"/>                   |  | NÃO <input checked="" type="checkbox"/>          |                                            | QUAIS:                                                      |            |                                            |  |
| PRESENÇA DE ESCARA:                                                                                                                                                                        |  | SIM <input type="checkbox"/>                   |  | NÃO <input checked="" type="checkbox"/>          |                                            | LOCAL:                                                      |            |                                            |  |
| PRESSÃO ARTERIAL:                                                                                                                                                                          |  | HIPOTENSO <input type="checkbox"/>             |  | NORMOPOTENSO <input checked="" type="checkbox"/> |                                            | HIPERTENSO <input type="checkbox"/>                         |            |                                            |  |
| SISTEMA NEUROLÓGICO:                                                                                                                                                                       |  | CONSCIENTE <input checked="" type="checkbox"/> |  | INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>            |                                            | ORIENTADO <input checked="" type="checkbox"/>               |            |                                            |  |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO:                                                                                                                                                                      |  | DISPÊNICO <input type="checkbox"/>             |  | TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>             |                                            | EUPNÉICO <input checked="" type="checkbox"/>                |            | BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>       |  |
| SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)                                                                                                                                                             |  | NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>     |  | POLÚRIA <input type="checkbox"/>                 |                                            | OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>                           |            | SVD <input type="checkbox"/>               |  |
| MOBILIDADE:                                                                                                                                                                                |  | DUSÚRIA <input type="checkbox"/>               |  | CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>             |                                            | ANÚRIA <input type="checkbox"/>                             |            |                                            |  |
|                                                                                                                                                                                            |  | DEÂMBULA <input checked="" type="checkbox"/>   |  | DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/>       |                                            | ACAMADO <input type="checkbox"/>                            |            | S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/> |  |
|                                                                                                                                                                                            |  | TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>           |  | HEMIAPLEGIA <input type="checkbox"/>             |                                            | PARESIA <input type="checkbox"/>                            |            | RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/> |  |
| SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)                                                                                                                                                            |  | VO <input checked="" type="checkbox"/>         |  | SNG <input type="checkbox"/>                     |                                            | SNE <input type="checkbox"/>                                |            |                                            |  |
| ESTADO NUTRICIONAL:                                                                                                                                                                        |  | NUTRIDO <input checked="" type="checkbox"/>    |  | DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>              |                                            | OBESO <input type="checkbox"/>                              |            | CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>         |  |
| DADOS VITAIS:                                                                                                                                                                              |  | PA:                                            |  | T:                                               |                                            | FR:                                                         |            | FC:                                        |  |
|                                                                                                                                                                                            |  |                                                |  |                                                  |                                            |                                                             |            | PESO:                                      |  |
| DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM                                                                                                                                                                  |  |                                                |  |                                                  |                                            |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA                                                                                                                                                    |  |                                                |  |                                                  | CD/FR: <u>lx penso de mace</u>             |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO                                                                                                                                                |  |                                                |  |                                                  | CD/FR:                                     |                                                             |            |                                            |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO                                                                                                                                      |  |                                                |  |                                                  | CD/FR: <u>P no cat invasivo</u>            |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL                                                                                                                    |  |                                                |  |                                                  | CD/FR:                                     |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL                                                                                                                                        |  |                                                |  |                                                  | CD/FR:                                     |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA                                                                                                                                        |  |                                                |  |                                                  | <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO                                                                                                                                              |  |                                                |  |                                                  | CD/FR:                                     |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> NÁUSEA                                                                                                                                                            |  |                                                |  |                                                  | CD/FR:                                     |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> DOR AGUDA                                                                                                                                                         |  |                                                |  |                                                  | <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA       |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ                                                                                                                                      |  |                                                |  |                                                  | CD/FR:                                     |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA                                                                                                                                   |  |                                                |  |                                                  | CD/FR:                                     |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO                                                                                                                                           |  |                                                |  |                                                  | <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE      |                                                             |            |                                            |  |
|                                                                                                                                                                                            |  |                                                |  |                                                  | <input type="checkbox"/> PARA BANHO        |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA                                                                                                                                   |  |                                                |  |                                                  | CD/FR:                                     |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA                                                                                                                                  |  |                                                |  |                                                  | CD/FR:                                     |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO                                                                                                                                       |  |                                                |  |                                                  | CD/FR:                                     |                                                             |            |                                            |  |
|                                                                                                                                                                                            |  |                                                |  |                                                  | CD/FR:                                     |                                                             |            |                                            |  |
|                                                                                                                                                                                            |  |                                                |  |                                                  | CD/FR:                                     |                                                             |            |                                            |  |
|                                                                                                                                                                                            |  |                                                |  |                                                  | CD/FR:                                     |                                                             |            |                                            |  |
| Eliete da Silva                                                                                                                                                                            |  |                                                |  |                                                  | CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA              |                                                             |            |                                            |  |
| ENFERMEIRA                                                                                                                                                                                 |  |                                                |  |                                                  | FR: FATOR RELACIONADO                      |                                                             |            |                                            |  |
| 6581704-325305                                                                                                                                                                             |  |                                                |  |                                                  |                                            |                                                             |            |                                            |  |
| ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL                                                                                                                                                       |  |                                                |  |                                                  |                                            |                                                             |            |                                            |  |
| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                   |  |                                                |  |                                                  | APRAZAMENTO                                |                                                             | ASSINATURA |                                            |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.                                                                                                                          |  |                                                |  |                                                  | <u>08</u>                                  |                                                             | <u>ED</u>  |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.                                                                                                                            |  |                                                |  |                                                  |                                            |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA                                                                                                                |  |                                                |  |                                                  |                                            |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA                                                                                                     |  |                                                |  |                                                  |                                            |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).                                                                   |  |                                                |  |                                                  |                                            |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.                                                                                                                                         |  |                                                |  |                                                  |                                            |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.                                                                                                                         |  |                                                |  |                                                  |                                            |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO                                                                                                      |  |                                                |  |                                                  |                                            |                                                             |            |                                            |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA.                                                                      |  |                                                |  |                                                  | <u>continuo</u>                            |                                                             |            |                                            |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.                                                                                                                            |  |                                                |  |                                                  |                                            |                                                             |            |                                            |  |
| <input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E ÀS REPOSTAS DO PACIENTE |  |                                                |  |                                                  |                                            |                                                             |            |                                            |  |



**SOLICITAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE ÓRTOSE / PRÓTESE**

**NOME DO PACIENTE:** Julio Cesar da Silva **IDADE** 45

**( ) PACIENTE INTERNADO ENFERMARIA:** 201 **LEITO:** 08/12 **DATA** 20/06/2021

**DIAGNÓSTICO:**

F. latige de mão (D)

**MATERIAL ESPECIAL:**

Canal 4.5 + Placa OCP / 20 Haste intramedular de TIBIA

**JUSTIFICATIVA MÉDICA DA SOLICITAÇÃO DO MATERIAL:**

  
**ASSINATURA E CARIMBO**

**PARECER DA DIREÇÃO TÉCNICA:**

**ASSINATURA E CARIMBO**





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 30/06/2019

Horas: 11:00:44

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 30/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                                       | Aprazamento |
|------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                      |             |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h                                         | 12 24       |
| 3    | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                                        | 12 18 24 06 |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD.               | 12 24       |
| 5    | RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h<br>Diluir em 100 ML SF | 12 24       |
| 6    | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)                         | 24          |
| 7    | FISIOTERAPIA MOTORA                                                              |             |
| 8    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                  |             |

### EVOLUÇÃO

DATA: 30/06/2019 HORA: 11:00:11

PACIENTE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCÓRADO, ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, NEGA FEBRE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo



29/06/19 10:00hs Paciente aguarda procedimento cirúrgico, segue  
P.A 140x80 com evoluções da enfermagem.  
SPO: 98 Débito  
R: 71

29/06/19

Fe= 80  
PA= 120x80  
T= 36°C  
Sat O2%

Medicação em sem  
quixos as curdadas  
de enfer

Maria Rêgina Gonçalves  
Coron-PB 304.355 - TE



|                                                                                                                                                                     |                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Pele: <input checked="" type="checkbox"/> Corada ( ) Hipocorada ( ) Cianose ( ) Sudorese ( ) Fria ( ) Aquecida.                                                     |                                           |
| Tempo de enchimento capilar: <input checked="" type="checkbox"/> ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( )                                         |                                           |
| Drogas vasotivas: ( ) Quais?                                                                                                                                        | Precordialgia ( )                         |
| Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopro ( ) Outro. Marcopasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo                                                        |                                           |
| Cateter vascular: <input checked="" type="checkbox"/> Periférico ( ) Central ( ) Dissecção. Localização: <u>ASE</u>                                                 | Data da punção: <u>27/06/19</u>           |
| Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações: <u>Tala MII</u>                                                                                        |                                           |
| <b>ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)</b>                                                                                                            |                                           |
| Tipo alimentar: <input checked="" type="checkbox"/> Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.                                                                 |                                           |
| Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.                                                                                                                  |                                           |
| Alimentação: <input checked="" type="checkbox"/> VO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Gástrica ( ) Jejunostomia ( ) NPT; Hora: _____ Data: ____/____/____                         |                                           |
| Alterações: ( ) Inapetência ( ) Disfagia ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:                                                               |                                           |
| Abdômen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:                                                                                           |                                           |
| RHA: ( ) Normoativos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados                                                                                                     |                                           |
| Eliminação intestinal: <input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há _____ dias ( ) Outros:                                              |                                           |
| Eliminação urinária: <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematúria ( ) SVD: Débito _____ ml/h;                        |                                           |
| Aspecto: ( ) Outros:                                                                                                                                                | Observações:                              |
| <b>INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA</b>                                                                                                                          |                                           |
| Condição da pele: ( ) Inteira ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:                                                                  |                                           |
| Coloração da pele: <input checked="" type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado                         |                                           |
| Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )                                                                                              |                                           |
| Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:                                                                                                                               |                                           |
| Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:                                                                                                                                            | Curativo em: ____/____/____               |
| Úlcera de pressão: ( ) Estágio: _____ Local: _____ Débito: _____ Retirado em: ____/____/____                                                                        | Descrição: _____ Curativo: ____/____/____ |
| <b>CUIDADO CORPORAL</b>                                                                                                                                             |                                           |
| Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente <input checked="" type="checkbox"/> Parcialmente dependente. Observações:                                         |                                           |
| Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: <input checked="" type="checkbox"/> Satisfatória ( ) Insatisfatória.                        |                                           |
| Limitação física: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>deambula com auxílio</u>                                           |                                           |
| <b>SONO E REPOUSO</b>                                                                                                                                               |                                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:                                              |                                           |
| <b>4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS</b>                                                                                                                 |                                           |
| <b>COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL</b>                                                                                                                  |                                           |
| Comunicação: <input checked="" type="checkbox"/> Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: <input checked="" type="checkbox"/> Cooperativo ( ) Medo: |                                           |
| ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:                                                                                                         |                                           |
| <b>5 - NECESSIDADES PSICÓESPIRITUAIS</b>                                                                                                                            |                                           |
| <b>RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE</b>                                                                                                                |                                           |
| Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:                                                                                                               |                                           |
| <b>INTERCORRÊNCIAS</b>                                                                                                                                              |                                           |
| <u>27/06/19 às 17:15 hs pde com dor M.I.D., toco medicado C.P.M. AD euf.</u>                                                                                        |                                           |
| <u>Leita equipe.</u>                                                                                                                                                |                                           |
| <u>Karla R. L. Porto Queiroz</u>                                                                                                                                    |                                           |
| COREN-PB 166371-ENF                                                                                                                                                 |                                           |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:                                                                                                                                 |                                           |
| <u>Karla R. L. Porto Queiroz</u>                                                                                                                                    |                                           |
| COREN-PB 166371-ENF                                                                                                                                                 |                                           |
| DATA: <u>27/06/19</u> HORA: <u>17:15</u> h                                                                                                                          |                                           |

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 29/06/2019

Horas: 12:16:29

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 29/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                                       | Aprazamento |
|------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                      |             |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML E.V. 12h/12h                                         | 12 24       |
| 3    | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                                        | 12 18 24 06 |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD.               | 12 24       |
| 5    | RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h<br>Diluir em 100 ML SF | 18 06       |
| 6    | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)                         | 24          |
| 7    | FISIOTERAPIA MOTORA                                                              |             |
| 8    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                  | M N         |

### EVOLUÇÃO

DATA: 29/06/2019 HORA: 12:16:21

PACIENTE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, NEGA FEBRE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo  
Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo  
MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 8926



28/06/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 28/06/2019

Horas: 10:02:38

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 28/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                                                                                      | Aprazamento |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                                     | C           |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h                                                                                        | 12 24       |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP. 12h/12h<br>6D/7D<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 12 24       |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                                                                                       | 12 18 24 06 |
| 5    | HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h<br>Reconstituir 4ML ABD.                                          | 12 24       |
| 6    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD.                                                              | 12 24       |
| 7    | RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 12h/12h<br>Diluir em 100 ML SF                                                | 18 06       |
| 8    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)                                                                        | 24          |
| 9    | FISIOTERAPIA MOTORA                                                                                                             | C           |
| 10   | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                                 | C           |

### EVOLUÇÃO

DATA: 28/06/2019 HORA: 10:01:46

PACIENTE EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOCORADO, ANICTERICO, ACIANOTICO, NEGA FEBRE

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

D: VPM

A: GUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 26/06/2019

Horas: 11:13:14

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 26/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                                                                                   | Aprazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                                  |             |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h                                                                                     | 18 24       |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 12h/12h<br>4D/7D (5050)<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 24       |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h                                                                                    | 18 24       |
|      | HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V, 12h/12h<br>Reconstituir 4ML ABD,                                                 | 18 24       |
| 6    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                                                           | 18 24       |
| 7    | RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h<br>Diluir em 100 ML SF                                             | 18 24       |
| 8    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)                                                                     | 20          |
| 9    | FISIOTERAPIA MOTORA                                                                                                          |             |
| 10   | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                              |             |

### EVOLUÇÃO

DATA: 26/06/2019 HORA: 11:13:08

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA

Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo

MR ORTOPEDIA - 16/06/2019

CRM - PB 26



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263772700000042634570>

Número do documento: 21062215263772700000042634570



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 25/06/2019

Horas: 08:53:57

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 25/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                                             | Aprazamento            |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                            |                        |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h                                               | <del>12</del> 24       |
| 3    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h                                              | <del>12</del> 18 24 06 |
| 4    | HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V, 1FRA AMP, 12h/12h<br>Reconstituir 4ML ABD, | <del>12</del> 24       |
| 5    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                     | <del>12</del> 24       |
| 6    | RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1AMPOLA, 12h/12h<br>Diluir em 100 ML SF       | <del>12</del> 06       |
| 7    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)                               | 24                     |
| 8    | FISIOTERAPIA MOTORA                                                                    | 24                     |
| 9    | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                        | //                     |

### EVOLUÇÃO

DATA: 25/06/2019 HORA: 08:53:41

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA / CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo  
CRM - PB 8926





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 24/06/2019

Horas: 10:33:21

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077

Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA

Data de Nascimento: 30/11/1993

Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermária: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 24/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo / MÉDICO(A) ASSISTENTE : Ana Maria Da Silva Anselmo /

| Item | Prescrição                                                                                                            | Aprazamento |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                           |             |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h                                                                              | 12 24       |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V, 12h/12h<br>2D/7D<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 18 06       |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h                                                                             | 12 18 24 30 |
|      | HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V, 12h/12h<br>Reconstituir 4ML ABD,                                          | 12 24       |
| 6    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                                                    | 12 24       |
| 7    | RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V, 1 AMPOLA, 12h/12h<br>Diluir em 100 ML SF                                     | 18 24       |
| 8    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 24h)                                                              | 24          |
| 9    | FISIOTERAPIA MOTORA                                                                                                   |             |
| 10   | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                       |             |

### EVOLUÇÃO

DATA: 24/06/2019 HORA: 10:33:12

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263772700000042634570>

Número do documento: 21062215263772700000042634570

Num. 44853652 - Pág. 63



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 21/06/2019

Horas: 10:48:52

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

### PRESCRIÇÕES DO DIA :

Nenhuma prescrição registrada para esse paciente no dia de hoje. Você pode copiar as prescrições dos dias anteriores, ou se preferir, fazer uma nova preenchendo o formulário acima.

### EVOLUÇÃO

DATA: 21/06/2019 HORA: 10:38:36

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

CD: VPM

A ARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo  
CRM - P 100000





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 23/06/2019

Horas: 09:47:42

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 23/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                                   | Aprazamento |
|------|------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                  |             |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h                                     | 12 24       |
| 3    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h                                    | 12 18 24 06 |
| 4    | HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V, 12h/12h<br>Reconstituir 4ML ABD, | 12 24       |
| 5    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,           | 12 24       |
|      | OMEPRAZOL 20 MG V.O, 24h/24h (ADM AS 4h)                                     |             |
|      | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 4h)                      | 22 26       |

### EVOLUÇÃO

DATA: 23/06/2019 HORA: 09:46:52

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo  
Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo  
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 8926





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 22/06/2019

Horas: 12:05:18

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 22/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                                                                            | Aprazamento     |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                           | C               |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h                                                                              | 12 24           |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 12h/12h<br>OD/7D<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF | 12 24<br>Ricudo |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                                                                             | 12 24           |
| 5    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                                                    | 12 24           |
|      | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)                                                                             | 24              |
| 7    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)                                                              | 24              |

### EVOLUÇÃO

DATA: 22/06/2019 HORA: 12:03:57

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +, APRESENTANDO LESÃO INFECTADA EM REGIÃO ANTERIOR DA PERNA

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

PRESCREVO CEFTRIAXONA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 19/06/2019

Horas: 09:10:41

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 19/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

| Item | Prescrição                                                         | Aprazamento |
|------|--------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                        | SNB         |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h                           | 18 24       |
| 3    | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                          | 18 24 24 06 |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD. | 18 24       |
| 5    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)                          | 14          |
| 6    | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)           | 14          |

### VOLUÇÃO

DATA: 19/06/2019 HORA: 09:10:28

PCT EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE, SEM DISTÚRBIOS

DOR +/4+

DIURESE E EVACUAÇÕES PRÉSENTES

CONDUTA:

VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Hallisson Barros De Almeida

Hallisson Barros De Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 9562

PA = 130 x 70

Pulso = 77

HGT = 115



20/06/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 20/06/2019

Horas: 00:17:28

Médico (a) Diarista : Hallisson Barros De Almeida

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 20/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Hallisson Barros De Almeida /

| Item | Prescrição                                                         | Aprazamento |
|------|--------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                        | V           |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V, 12h/12h                           | 12          |
| 3    | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V, 6h/6h                          | 12 18 00 06 |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V, 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD, | 12 06       |
| 5    | OMEPRAZOL 20 MG V.O, 24h/24h (ADM AS 14h)                          | 14          |
| 6    | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C, 24h/24h (ADM AS 14h)           | 14          |

## EVOLUÇÃO

DATA: 20/06/2019 HORA: 00:17:20

PCT SEGUE EM BEG, ESTÁVEL CLINICAMENTE SEM DISTÚRBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Hallisson Barros De Almeida  
Hallisson Barros De Almeida  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 0012

16/06/2019

HPM-Painel Administrativo

GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 16/06/2019

Horas: 12:59:57

Médico (a) Diarista : Jose Renna Gomes Da Silva

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 12 Leito: 5 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 16/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Jose Renna Gomes Da Silva /

| Item | Prescrição                                                         | Aprazamento |
|------|--------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                        | 2x          |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h                           | 1x 20       |
| 3    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                          | 18 24 06    |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD. | 1x 02       |
| 5    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)                          | 1x          |
| 6    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)           | 1x          |

### VOLUÇÃO

DATA: 16/06/2019 HORA: 12:58:40

### ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA NA PERNA DIREITA APOS MOTO CAIR SOBRE SUA PERNA COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL.

HD: REFRATURA DA TIBIA DIREITA PERIMPLANTE

CD: SOLICITO PRE-OP  
INTERNACAO HOSPITALARASSINATURA + CARIMBO  
Jose Renna Gomes Da Silva



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Data: 21/06/2019

Horas: 10:49:16

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Sexo: M

Clinica: ORTOPEDIA I Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 21/06/2019

MÉDICO(A): Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                         | Aprazamento |
|------|--------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                        | 0           |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h                           | 12 24       |
| 3    | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                          | 12 18 24 06 |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD, | 12 24       |
| 5    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)                          | 06 24       |
| 6    | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)           | 24          |





GOVERNO  
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 18/06/2019

Horas: 01:30:12

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 18/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

| Item | Prescrição                                                         | Aprazamento |
|------|--------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                        | SND         |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h                           | 12 24       |
| 3    | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                          | 12 24 36 05 |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD. | 12 24       |
| 5    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)                          | 14          |
| 6    | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)           | 20          |

### OLUÇÃO

DATA: 18/06/2019 HORA: 01:29:21

### ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA NA PERNA DIREITA APOS MOTO CAIR SOBRE SUA PERNA COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL

HD: REFRATURA DA TIBIA DIREITA PERIMPLANTE

BEG, ESTÁVEL...

NV: OK

CD: AGUARDA CIRURGIA

Dr. Wagner Falcao  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8643  
ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner De Melo Falcao



17/06/2019

HPM-Painel Administrativo

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 17/06/2019

Horas: 06:49:26

Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcão

GOVERNO  
DO MARANHÃO

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16-06-2019

Clínica: AMARELA Enfermaria: 8 Leito: 1 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

OK  
OK

8

DIA 17/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcão /

| Item | Prescrição                                                         | Apazamento  |
|------|--------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                        | 12 20       |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h                           |             |
| 3    | DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML P.V. 6h/6h                          | 12 18 06 06 |
| 4    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD. | 12 06       |
| 5    | OMEPRAZOL 20 MG V.O. 24h/24h (ADM AS 14h)                          |             |
| 6    | ENOXAPARINA SÓDICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)           | 20 04       |

VOLUÇÃO

DATA: 17/06/2019 HORA: 06:48:45

ORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA NA PERNA DIREITA APÓS MOTO CAIR SOBRE SUA PERNA COM DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL

HD: REFRATURA DA TIBIA DIREITA PERIMPLANTE

BEG, ESTÁVEL..

NV: OK

CD: SOLICITO PRE-OP

ASSINATURA:   
Wagner De Melo Falcão  
CRM-PE 8643



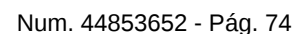
[illegible]

RX DE CONTROLE  
REALIZADO EM 1 10/11

CRF# 025187



02/07/19 ~~SECRET~~



|                                                                                                                      |                               |                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------------------------|--|
|  <b>HOSPITAL<br/>ANTONIO TARGINO</b> | <b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</b> |                            |  |
|                                                                                                                      | NOME: <u>Julio Cesar</u>      | IDADE: <u>25</u>           |  |
| ALA: <u>6</u>                                                                                                        | LEITO: <u>121</u>             | MÉDICO: <u>D. R. Silva</u> |  |

DATA: 01/07/99

MANHÃ

Paciente admitido p/ procedimento cirúrgico, bem queixadas no momento.

*Marcelina Santos Silva*  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COREN 664817

TARDE

Paciente evolui estável, consciente, orientado, afebril, eufórico; em vínculo direto zero; aguarda cirurgia realizada cuidados e controles da enfermagem.

*Marcelina Santos Silva*  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN 664817

Obs: Realizado rax x de controle.

NOITE

Paciente estável, consciente, orientado, em P.O.I de tornozelo segue em dieta zero até porção efeito anestésico bem intencional no momento sob cuidados de enfermagem.

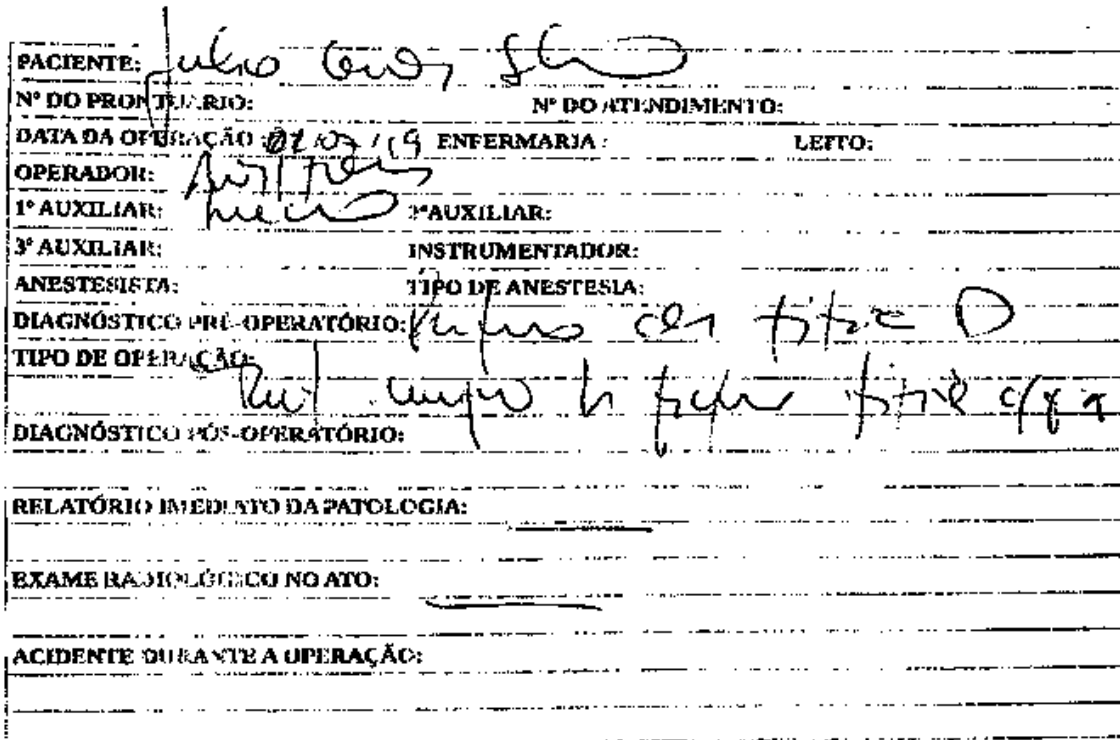
*Glândia Santos Silva*  
 Tén de Enfermagem  
 COREN 165.367



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                |                             |                                |                             |                  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------|--|--|--|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | NOITE                |                                |                             |                                |                             |                  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TARDE                |                                |                             |                                |                             |                  |  |  |  |
| <p style="text-align: center;"> <i>Caracato sucoi gbaud por aua.</i><br/> <i>medicada em 02 por receba ceta</i><br/> <i>hospital realizada curativo y</i><br/> <i>lala bota</i> </p>                                                                                                                                                                                     | MANHA                |                                |                             |                                |                             |                  |  |  |  |
| DATA: 02/04/19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                |                             |                                |                             |                  |  |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%;">NOME: <i>Alma Rosa Silva</i></td> <td style="width: 20%;">LEITO: <i>112-11</i></td> <td style="width: 20%;">MEDICO: <i>Dr. S. R. Silva</i></td> <td style="width: 30%;">ASS: <i>Dr. S. R. Silva</i></td> </tr> <tr> <td colspan="4">IDADE: <i>25</i></td> </tr> </table> |                      | NOME: <i>Alma Rosa Silva</i>   | LEITO: <i>112-11</i>        | MEDICO: <i>Dr. S. R. Silva</i> | ASS: <i>Dr. S. R. Silva</i> | IDADE: <i>25</i> |  |  |  |
| NOME: <i>Alma Rosa Silva</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | LEITO: <i>112-11</i> | MEDICO: <i>Dr. S. R. Silva</i> | ASS: <i>Dr. S. R. Silva</i> |                                |                             |                  |  |  |  |
| IDADE: <i>25</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                                |                             |                                |                             |                  |  |  |  |
| <b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                |                             |                                |                             |                  |  |  |  |

**HPT**  
HOSPITAL  
ANTONIO TARGINO

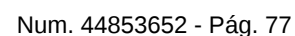




VIAJ. ACABO TATICA E TÉCNICA - LIGADURAS DRENAGEM MÚLTIPLO - MALE EMPREGADO - ASPECTO - VICERAS

com o centro  
do pro. Anterior  
de 2 -  
me fêmea  
fêmea fêmea  
Pode ser  
Sua cor preta  
e  
Ela é  


Dr. Raulino Marinho da Costa  
CRM 3965-PR/13-199-FE  
TEOT 11-288



PACIENTE: Julio Cesar da Silva Silveira  
CONVÊNIO: SUS SUB PRONTUÁRIO: 953531/2350756 DATA: 02/07/19  
CIRURGIA: Tret. cirurgico de fratura de Tibia ①  
CIRURGIÃO: Dr. Poilton AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
ANESTESISTA: Dr. Thiago Augusto

CIRCULANTE: Toxika SALA: 07 HORÁRIO: INÍCIO: 15:00 FINAL: 16:00

| CÓD.   | MEDICAMENTO          | QUANT. | CÓD.   | MATERIAL                           | QUANT. | CÓD.  | FIOS           | QUANT.    |
|--------|----------------------|--------|--------|------------------------------------|--------|-------|----------------|-----------|
| 1872   | ADRENALINA           |        | 107329 | ADAPTADOR P/ SORO                  | 01     |       | ACIFLEX N°     |           |
| 1880   | ÁGUA DESTILADA       | 02     | 110089 | AG. RAQUI 27BD                     |        |       | ALGODÃO CIA N° |           |
| 1899   | AMINOFILINA          |        | 120089 | AG. RAQUI 25BD                     | 01     |       | ALGODÃO S/A N° |           |
| 1929   | ARAMIN               |        | 161281 | AG. RAQUI P/ OBESO BD              |        |       | CROMADO CIA N° |           |
| 2070   | ATROPINA             |        | 4040   | AGULHA DESCARTÁVEL N°              | 02     |       | CROMADO S/A N° |           |
| 265799 | BEXTRA               |        |        | AGULHA PERIDURAL N°                |        |       | ETHIBOND N°    |           |
| 1902   | BICARBONATO DE SÓDIO |        |        | AGULHA RAQUI N°                    |        |       | FITA CARDIACA  |           |
| 4650   | CEFALOTINA 1g        |        | 2259   | ALGODÃO HIDRÓFILO                  | 02B    | 41/03 | MONOCRYL N°    |           |
| 122769 | CEFAZOLINA 1g        |        | 9113   | ALGODÃO ORTOPÉDICO                 | 03B    |       | MONONYLON N°   | 2.0 (2.0) |
| 1767   | CEFTRIAXONA          |        |        | ATADURA CREPON N°                  | 20     |       | PROLENE N°     |           |
| 154666 | CETROPROFENO IV      |        |        | ATADURA GESSADA                    | 04     |       | VICRYL N°      |           |
| 1910   | CLORETO DE POTÁSSIO  |        | 2356   | BOLSA COLOSTOMIA                   |        |       |                |           |
| 2003   | CLORETO DE SÓDIO     |        |        | CÂNULA TRAQUEOSTOMIA N°            |        |       |                |           |
| 5304   | DEXAMETASONA         | 01     | 211958 | CAPA PARA VÍDEO                    |        |       |                |           |
| 4855   | DICLOFENACO SÓDICO   |        | 2429   | CATETER OXIGÊNIO                   | 01     |       |                |           |
| 2020   | DIPIRONA             | 02     | 27680  | COLETOR URINA ABERTO               |        |       |                |           |
| 5673   | DOPAMINA             |        | 22381  | COLETOR URINA FECHADO              |        |       |                |           |
| 32190  | EFEDRINA             |        |        | COMPRESSAS +                       | 05 und |       |                |           |
| 5339   | FENERGAN             |        | 142341 | COMPRESSAS 25x28                   | 10 und |       |                |           |
| 2038   | FUROSEMIDA           |        |        | DRENO PENROSE N°                   |        |       |                |           |
| 4286   | GARAMICINA           |        |        | DRENO SUÇÃO N°                     |        |       |                |           |
| 2046   | GLICOSE 50%          |        |        | DRENO TÓRAX N°                     |        |       |                |           |
| 2054   | GLUCONATO DE CÁLCIO  |        | 59587  | ELETRODO                           | 05     |       |                |           |
| 5308   | HEPARINA             |        | 2585   | EQUIPO MACROGOTAS                  | 01     |       |                |           |
| 5380   | HIDROCORTISONA       |        | 287393 | EQUIPO P/ ARTROSCOPIA              |        |       |                |           |
| 2052   | METOCLOPRAMIDA       |        | 2615   | ESPARADRAPO                        | 40 cm  |       |                |           |
| 37859  | NAUSEDRON 8mg        | 01     | 20117  | FITA GLICEMIA                      |        |       |                |           |
| 69606  | OMEPRAZOL 40mg       |        | 142220 | GAZES 7,5x7,5                      | 40 pck |       |                |           |
| 70181  | PROSTIGMINE          |        |        | GAZES                              |        |       |                |           |
| 70236  | QUELICIM             |        | 3425   | GELFOAN                            |        |       |                |           |
| 28519  | RANITIDINA           | 01     | 60917  | GILETE                             |        |       |                |           |
| 70335  | SOLUMEDROL 500mg     |        |        | GUENDEL N°                         |        |       |                |           |
| 403792 | TORADOL              |        | 3468   | INTRA-CATH                         |        |       |                |           |
| 70971  | TRANSAMIN            |        |        | JELCO N° 18                        | 01     |       |                |           |
| 70572  | TILATIL 40mg         | 01     |        | LÂMINA BISTURI N°                  | 24     | 01    |                |           |
| CÓD.   | PSICOTRÓPICOS        | QUANT. |        | LUVAS 6.5                          |        |       |                |           |
| 70254  | ALFENTANILA          |        | 132709 | LUVAS 7.0                          | 02     |       |                |           |
| 8885   | DIEMPAZ 10mg         |        | 111209 | LUVAS 7.5                          | 03     |       |                |           |
| 3026   | DIMORF 1.0mg         | 01     | 40126  | LUVAS 8.0                          |        |       |                |           |
| 3034   | DIMORF 0.2mg         |        | 3522   | LUVAS 8.5                          |        |       |                |           |
| 125149 | DIMORF 10mg          |        | 149870 | LUVAS 8.5                          |        |       |                |           |
| 69655  | DORMONID             | 01     | 69752  | MICROPOR LARGO                     |        |       |                |           |
| 69639  | DORMONID COMP.       |        |        | SCALPS N°                          |        |       |                |           |
| 46850  | FENOBARBITAL         |        | 3735   | SERINGA DE 01cc                    |        |       |                |           |
| 8859   | HIDANTAL             |        | 3700   | SERINGA DE 03cc                    | 02     |       |                |           |
| 9962   | KETALAR              |        | 3719   | SERINGA DE 05cc                    | 02     |       |                |           |
| 69620  | PETIDINA             |        | 3689   | SERINGA DE 10cc                    | 02     |       |                |           |
| 73210  | TRAMAL               |        | 3697   | SERINGA DE 20cc                    | 02     |       |                |           |
| 146832 | ULTIVA               |        | 341797 | SERINGA DE 60cc (bico longo/curto) |        |       |                |           |
| CÓD.   | ANESTÉSICOS          | QUANT. |        | SONDA FOLEY N°                     |        |       |                |           |
| 70548  | ATACURIO             |        |        | SONDA NELATON                      |        |       |                |           |
| 126233 | CISATACURIO          |        |        | SONDA NSG                          |        |       |                |           |
| 9091   | ETOMIDATO            |        |        | SONDA RETAL                        |        |       |                |           |
| 3542   | FENTANIL             | 2ml    | 53937  | SURGICEL                           |        |       |                |           |
| 2801   | LIDOCAINA 2% CV      |        | 4081   | TORNEIRA 03 VIAS                   |        |       |                |           |
| 2119   | LIDOCAINA 2% SV      |        |        | TUBO ENDOTRAQUEAL N°               |        |       |                |           |
| 2810   | LIDOCAINA GELEIA     |        |        |                                    |        |       |                |           |
| 2180   | NEOCAINA 0.5% CV     |        |        |                                    |        |       |                |           |
| 70750  | NEOCAINA 0.5% SV     |        |        |                                    |        |       |                |           |
| 1996   | NEOCAINA PESADA      | 01     |        |                                    |        |       |                |           |
| 3212   | NILPERIDOL           |        |        |                                    |        |       |                |           |
| 142364 | NOVAPUPI CV          |        |        |                                    |        |       |                |           |
| 97449  | NOVAPUPI ISOBÁRICA   |        |        |                                    |        |       |                |           |
| 264680 | NOVAPUPI SV          |        |        |                                    |        |       |                |           |
| 2216   | PANCURONIO           |        |        |                                    |        |       |                |           |
| 82031  | PROPOFOL             |        |        |                                    |        |       |                |           |
| 147451 | ROCURÔNIO            |        |        |                                    |        |       |                |           |
| 24678  | SEVOFAN              |        |        |                                    |        |       |                |           |
| 4040   | XYLESTESIN SPRAY     |        |        |                                    |        |       |                |           |

| CÓD.   | SOLUÇÕES              | QUANT.   |
|--------|-----------------------|----------|
| 2330   | ÁGUA OXIGENADA        |          |
| 149217 | ALCOOL                | 20ml     |
| 304000 | CLOREXIDINA alcoolica | 100ml    |
| 2631   | ÉTER                  |          |
| 3603   | DEGERMANTE            | 100 ml   |
| 3611   | VPPI TÓPICO           |          |
| 4111   | VASELINA              |          |
| CÓD.   | GASES HOSPITALARES    | QUANT.   |
|        | APARELHOS             |          |
|        | AR COMPRIMIDO         |          |
|        | ASPIRADOR ELÉTRICO    |          |
|        | BISTURI ELÉTRICO      |          |
|        | CAPNOGRAFO            |          |
|        | CRANIOTOMO            |          |
|        | INTENSIFICADOR        | TC       |
|        | MICROSCÓPIO CIRUR.    |          |
|        | MONITOR CARDÍACO      | TC       |
|        | NITROGÊNIO            |          |
|        | OXÍDO NITROSO         |          |
|        | OXIGÊNIO              | 20l/m TC |
|        | OXÍMETRO DE PULSON    | TC       |
|        | VÁCUO                 |          |
| CÓD.   | SOROS                 | QUANT.   |
| 9156   | MANITOL 20%           |          |
| 174459 | PURISOLE 1000ml       |          |
| 63681  | S. FISIOLÓGICO 1000ml |          |
| 98229  | S. FISIOLÓGICO 100ml  |          |
| 9172   | S. FISIOLÓGICO 250ml  |          |
| 9164   | S. FISIOLÓGICO 500ml  | 02       |
| 9180   | S. GLUCOSADO 250ml    |          |
| 9199   | S. GLUCOSADO 500ml    |          |
| 9148   | S. RINGER 500ml       |          |
| 134489 | VOLUMEN 6%            |          |
| CÓD.   | OUTROS                | QUANT.   |
|        | placa em T c/2 + 9    |          |
|        | Furos. (01)           |          |
|        | perguntas corticais   |          |
|        | (05) und              |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |
|        |                       |          |

| CÓD.   | SOLUÇÕES              | QUANT.   |
|--------|-----------------------|----------|
| 2330   | ÁGUA OXIGENADA        |          |
| 149217 | ALCOOL                | 2ml      |
| 304000 | CLOREXIDINA alcoólica | 100ml    |
| 2631   | ÉTER                  |          |
| 3603   | DEGERMANTE            | 100ml    |
| 3611   | PVPI TÓPICO           |          |
| 4111   | VASELINA              |          |
| CÓD.   | GASES HOSPITALARES    | QUANT.   |
|        | APARELHOS             |          |
|        | AR COMPRIMIDO         |          |
|        | ASPIRADOR ELÉTRICO    |          |
|        | BISTURI ELÉTRICO      |          |
|        | CAPNOGRAFO            |          |
|        | CRANIOTOMO            |          |
|        | INTENSIFICADOR        | TC       |
|        | MICROSCÓPIO CIRUR.    |          |
|        | MONITOR CARDIACO      | TC       |
|        | NITROGÊNIO            |          |
|        | OXÍDIO NITROSO        |          |
|        | OXIGÊNIO              | 20l/m TC |
|        | OXÍMETRO DE PULSON    | TC       |
|        | VÁCUO                 |          |
| CÓD.   | SOROS                 | QUANT.   |
| 9156   | MANITOL 20%           |          |
| 174459 | PURISOL 1000ml        |          |
| 63681  | S. FISIOLÓGICO 1000ml |          |
| 98229  | S. FISIOLÓGICO 100ml  |          |
| 9172   | S. FISIOLÓGICO 250ml  |          |
| 9164   | S. FISIOLÓGICO 500ml  | 02       |
| 9180   | S. GLICOSADO 250ml    |          |
| 9189   | S. GLICOSADO 500ml    |          |
| 9148   | S. RINGER 500ml       |          |
| 134489 | VOLUMEN 6%            |          |
| CÓD.   | OUTROS                | QUANT.   |
|        | placa em T c/2 + 9    |          |
|        | Furos. (01)           |          |
|        | perfurador corticais  |          |
|        | (05) und              |          |

Erika Tatiana de Oliveira Costa  
Rec. de Enfermagem  
COREN-PR 001165837

REALSET, 9690.45827, 98867, 4347







HOSPITAL ANTÔNIO TANCINO  
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO  
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PAGINA: 111  
DATA: 01/07/2019  
HORA: 08:28:34

|                                                                                          |                        |                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------|
| Previdência<br>853511                                                                    | Alimentação<br>2350758 | Reserva/Dia<br>2350758 |
| Paciente<br>ALDO CESAR SILVA OLIVEIRA (CPF 1702089941)                                   |                        |                        |
| Endereço<br>CASA DE PIAS                                                                 |                        |                        |
| Município<br>CASA DE PIAS                                                                |                        |                        |
| UF<br>PR                                                                                 |                        |                        |
| Nome da Mãe<br>MARIA LUCIA DA SILVA                                                      |                        |                        |
| Responsável<br>ALDO CESAR SILVA OLIVEIRA                                                 |                        |                        |
| Endereço<br>CASA DE PIAS                                                                 |                        |                        |
| Município<br>CASA DE PIAS                                                                |                        |                        |
| UF<br>PR                                                                                 |                        |                        |
| Medico Assistente<br>DRA. RAQUEL MARINHA DA COSTA RIBEIRO (CRM 1000000000)               |                        |                        |
| Medico Acompanhante<br>DRA. RAQUEL MARINHA DA COSTA RIBEIRO (CRM 1000000000)             |                        |                        |
| Procedimento                                                                             |                        |                        |
| Data                                                                                     |                        |                        |
| Origem                                                                                   |                        |                        |
| Data mín. para alta - 01/07/2019 Data máx. para alta - 01/07/2019 Atendimento - SUICORR0 |                        |                        |

|                                                   |                           |
|---------------------------------------------------|---------------------------|
| Resumo de tratamento                              |                           |
| Acompanhante...? [ ] Sim [X] Não                  | Data admissão 01/07/2019  |
| Interação anterior...? [ ] Sim [ ] Não            | Data alta 02/07/19        |
| Alto... Curado [ ] Melhorado [X] Insatisfeito [ ] | Tempo de internação 08 00 |
| Parado [ ] A piorado [ ]                          | Tempo de internação 08 00 |
| Transferido [ ] Falecimento [ ]                   | Tempo de internação 08 00 |

|              |                    |
|--------------|--------------------|
| Diagnóstico: | 0408050543, 582, 3 |
| Interação:   | 2, 59, 9           |
| Definição:   |                    |

|                |  |
|----------------|--|
| Histórico:     |  |
| ORTESE PROTESE |  |

|                 |               |         |
|-----------------|---------------|---------|
| Alto - 1        | Razo X        | Uti     |
| Perm - 7        | [X] Simples   | Entrada |
| Transf - 3      | [ ] Contraste | Saida   |
| Outro - 4       |               |         |
| Motivo          | Caract. Trst. |         |
| Sangua... Rh... |               |         |

|                |  |
|----------------|--|
| RX D: CONTROLE |  |
| REALIZADO EM   |  |
| 01/07/19       |  |
| CITY CENTER    |  |





|                                                                                                                                 |  |                                      |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|--|
|                                                                                                                                 |  | NOITE                                |  |
|                                                                                                                                 |  | TARDE                                |  |
| <p> <i>Clareza suculenta para a<br/> moderação para a recepção<br/> hospitalar regular, curativo e<br/> lata de leite.</i> </p> |  | MANHÃ                                |  |
| <p> DATA: 22/06/2021 </p>                                                                                                       |  |                                      |  |
| <p> <b>EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM</b> </p>                                                                                          |  |                                      |  |
| <p> NOME: SUELIO MOREIRA TORRES </p>                                                                                            |  | <p> NOME: SUELIO MOREIRA TORRES </p> |  |
| <p> NÚMERO: 44853652 </p>                                                                                                       |  | <p> NÚMERO: 44853652 </p>            |  |





ANTONIO TARGINO

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Yulio VersonAtendimento: plantaLEITO: 112EXAME: 505

DIAGNÓSTICO:

DATA: 01/07/18

## MEDICAMENTOS

## HORÁRIO

01/07/18

Amoxicilina1000S. Keflex 10001000Cefotaxima 10001000Dexametasona 10001000FluconazolVitaminasQ. V. 1000

## EVOLUÇÃO MÉDICA

Planta com fúncos esp  
fúncos, infúncos por  
que - infúncos

02/07/18

S. V. 1000



**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA**

| BOLETIM DE ENFERMAGEM                                                                                                      |                                                             |                                            |                                     |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|
| NOME:                                                                                                                      |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| IDADE:                                                                                                                     | SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | DATA DE NASCIMENTO: / / às : h             |                                     |                                            |
| SETOR:                                                                                                                     |                                                             | LEITO:                                     |                                     |                                            |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO:                                                                                                        |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| ALERGIAS:                                                                                                                  | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>   | QUAIS:                                     |                                     |                                            |
| MEDICAÇÃO CONTÍNUA:                                                                                                        | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>   | QUAIS:                                     |                                     |                                            |
| DOENÇA CRÔNICA:                                                                                                            | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>   | QUAIS:                                     |                                     |                                            |
| PRESENÇA DE ESCARA:                                                                                                        | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>   | LOCAL:                                     |                                     |                                            |
| PRESSÃO ARTERIAL:                                                                                                          | HIPOTENSO <input type="checkbox"/>                          | NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>      | HIPERTENSO <input type="checkbox"/> |                                            |
| SISTEMA NEUROLÓGICO:                                                                                                       | CONSCIENTE <input type="checkbox"/>                         | INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>      | ORIENTADO <input type="checkbox"/>  |                                            |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO:                                                                                                      | DISPÊNICO <input type="checkbox"/>                          | TAQUIPÊNICO <input type="checkbox"/>       | EUPNÉICO <input type="checkbox"/>   | BRADIPNÉICO <input type="checkbox"/>       |
| SIST. GENITOURINÁRIO (DIURESE)                                                                                             | NORMAL <input type="checkbox"/>                             | POLÚRIA <input type="checkbox"/>           | OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>   | SVD <input type="checkbox"/>               |
| MOBILIDADE:                                                                                                                | DUSÚRIA <input type="checkbox"/>                            | CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>       | ANÚRIA <input type="checkbox"/>     |                                            |
|                                                                                                                            | DEÂMBULA <input type="checkbox"/>                           | DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> | ACAMADO <input type="checkbox"/>    | S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                            | TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>                        | HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/>        | PARESIA <input type="checkbox"/>    | RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/> |
| SIST. GAS. ROINTEATNAL (DIETA)                                                                                             | VO <input type="checkbox"/>                                 | SNG <input type="checkbox"/>               | SNE <input type="checkbox"/>        |                                            |
| ESTADO NUTRICIONAL:                                                                                                        | NUTRIDO <input type="checkbox"/>                            | DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>        | OBESO <input type="checkbox"/>      | CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>         |
| DADOS VITAIS:                                                                                                              | PA:                                                         | T:                                         | FR:                                 | FC: PESO:                                  |
| DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM:                                                                                                 |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA                                                                                    | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO                                                                                | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO                                                                                 | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL                                                    | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL                                                                        | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA                             | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO                                                                              | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> NÁUSEA                                                                                            | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA                                                    | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ                                                                      | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA                                                                   | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA                                                                   | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA                                                                  | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO                                                                       | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                   | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                   | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                   | CD/FR:                                                      |                                            |                                     |                                            |
| CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA                                                                                              |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| FR: FATOR RELACIONADO                                                                                                      |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL                                                                                       |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM                                                                                                   |                                                             | APRAZAMENTO                                | ASSINATURA                          |                                            |
| <input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.                                                                     |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.                                                            |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.                                               |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O <sub>2</sub> A C/ MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.                        |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).   |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.                                                                         |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°.                                                         |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.                                     |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).                |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.                                                                       |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE                                 |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, ÀS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.  |                                                             |                                            |                                     |                                            |

230 125



Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:

Jamile S. Cruz Gondim  
Enfermeira  
CREF 408 860

DATA: 21/06/19

HORA: 10:48

### INTERCORRENCIAS

Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:

### RELIGIAO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE

( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:  
( ) Ansiedade ( ) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: ( ) Cooperativo ( ) Medo:

### COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL

( ) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:

### SONO E REPOUSO

Limite físico: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:  
Higiene corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.  
Cuidado corporal: ( ) Independente ( ) Dependente ( ) Parcialmente dependente. Observações:

### CUIDADO CORPORAL

Úlcera de pressão: ( ) Estágio: Local: Descrição: Curativo em: Retirado em:  
Dreno: ( ) Tipo/Aspecto: Dêbito: Curativo em:

### INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:  
Condições das mucosas: ( ) Úmidas ( ) Secas/Manifestações de sede: ( )  
Coloração da pele: ( ) Normocrômica ( ) Hipocrômica ( ) Cianótica Turgor da pele: ( ) Preservado  
Condição da pele: ( ) Integra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outro:

### INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA

Aspecto: ( ) Outros: Observações:  
Eliminação urinária: ( ) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD: Dêbito ml/h:  
Eliminação intestinal: ( ) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:

### ABDOMEN

RHA: ( ) Normotensos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados  
Abdomen: ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:  
Alterações: ( ) Inapetência ( ) Distúrbio ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:

### ALIMENTAÇÃO

Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.  
Tipo alimentar: ( ) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.  
Alimentação: ( ) VO ( ) JSNG ( ) SNE ( ) Jejunostomia ( ) NPT: Hora: Data: / /

### ALIMENTAÇÃO E EXLIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)

Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações:  
Catear vascular: ( ) Periférico ( ) Central ( ) Dissociação. Localização: Data da punção: 29/06/19  
Ausculta cardíaca: ( ) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo

### DRUGAS VASOATIVAS: ( ) Quais?

Tempo de enchimento capilar: ( ) ≤ 3 segundos; ( ) > 3 segundos. ( ) Turgência jugular: ( ) Precordialgia: ( )

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Suelio Torres Registro: \_\_\_\_\_ Leito: 9.3 Setor Atual: orto

Sinais vitais: Tax: \_\_\_\_\_ °C; P: \_\_\_\_\_ bpm; FR: \_\_\_\_\_ irpm; PA: \_\_\_\_\_ mmHg; FC: \_\_\_\_\_ bpm; SPO2: \_\_\_\_\_ %  
HGT: \_\_\_\_\_ mg/dl; Peso: \_\_\_\_\_ Kg; Altura: \_\_\_\_\_ cm Dor: ( ) Local: \_\_\_\_\_ Obs.: \_\_\_\_\_

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobilidade Física: ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local: Prejudicada M.D.

Linguagem: ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT n° \_\_\_\_\_ Comissura labial n° \_\_\_\_\_ FIO2 % PEEP cmH2O

( ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispneia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuídos ( ) D ( ) E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: \_\_\_\_\_ Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

( ) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.



Assinatura do Enfermeiro:

DATA: 25/06/19 HORA: 11:00

|                                                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Tempo de enchimento capilar: ( ) < 3 segundos; ( ) > 3 segundos; ( ) Turgência jugular: ( )                    |  |
| Drogas vasodilatadoras: ( ) Quais?                                                                             |  |
| Ausculta cardíaca: (X) Rítmica ( ) Arritmica ( ) Sopros ( ) Outros. Marcapasso: ( ) Transitório ( ) Definitivo |  |
| Edema: ( ) MMSS ( ) MMII ( ) Face ( ) Anasarca. Observações: N                                                 |  |
| ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)                                                              |  |
| Tipo somático: (X) Nutrido ( ) Emagrecido ( ) Caquético ( ) Obeso.                                             |  |
| Dentição: ( ) Completa ( ) Incompleta ( ) Prótese.                                                             |  |
| Alimentação: (X) VVO ( ) SNG ( ) SNE ( ) Jejunostomia ( ) NRT; Hora: / / Data: / /                             |  |
| Alterações: ( ) Inapetência ( ) Distúrbio ( ) Intolerância alimentar ( ) Vômito ( ) Pirose ( ) Outros:         |  |
| Abdômen: (X) Normotenso ( ) Distendido ( ) Tenso ( ) Ascítico ( ) Outros:                                      |  |
| RHA: (X) Normotensos ( ) Ausentes ( ) Diminuídos ( ) Aumentados                                                |  |
| Eliminação intestinal: (X) Normal ( ) Líquida ( ) Constipado há dias ( ) Outros:                               |  |
| Eliminação urinária: (X) Espontânea ( ) Retenção ( ) Incontinência ( ) Hematuria ( ) SVD; Débito ml/h:         |  |
| Aspecto: ( ) Outros: Observações:                                                                              |  |
| Integridade física e cutâneo-mucosa                                                                            |  |
| Condição da pele: (X) Íntegra ( ) Ressecada ( ) Equimoses ( ) Hematomas ( ) Escoriações ( ) Outros:            |  |
| Coloração da pele: (X) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Ictérica ( ) Cianótica Turgor da pele: (X) Preservado    |  |
| Condições das mucosas: (X) Úmidas ( ) Secas Manifestações de sede: ( )                                         |  |
| Incisão cirúrgica: ( ) Local/Aspecto:                                                                          |  |
| Dreno: ( ) Tipo/Aspecto:                                                                                       |  |
| Úlcera de pressão: ( ) Estágio: / / Débito: / / Retirado em: / /                                               |  |
| Cuidado corporal: ( ) Independente (X) Parcialmente dependente. Observações:                                   |  |
| Higiene corporal: (X) Satisfatória ( ) Insatisfatória Higiene Corporal: ( ) Satisfatória ( ) Insatisfatória.   |  |
| Limite físico: ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Outro:                                                     |  |
| Sono e repouso                                                                                                 |  |
| (X) Preservado ( ) Insônia ( ) Dorme durante o dia ( ) Sono interrompido. Observações:                         |  |
| COMUNICAÇÃO, GREGARIA E SEGURANÇA EMOCIONAL                                                                    |  |
| Comunicação: (X) Preservada ( ) Prejudicada Sentimentos e comportamentos: (X) Cooperativo ( ) Medo:            |  |
| ( ) Ansiedade ( ) Ausência de familiares/visita ( ) Outros:                                                    |  |
| 3. NECESSIDADES PSICOSPIRITUAIS                                                                                |  |
| RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE                                                                  |  |
| Tipo: ( ) Praticante ( ) Não praticante. Observações:                                                          |  |
| INTERCORRÊNCIAS                                                                                                |  |



## EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

|                                 |                                                      |                                                        |        |               |       |
|---------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------|---------------|-------|
| Nome:                           | Nome:                                                | Registro:                                              | Leito: | Sector Atual: | Obs.: |
| Nome:                           | Nome:                                                | Registro:                                              | Leito: | Sector Atual: | Obs.: |
| Sinais vitais:                  | Tax: °C: P: bpm: FR: lpm: PA: mmHg: FC: bpm: SPO2: % | HGT: mg/dl: Peso: Kg: Altura: cm Dor: ( ) Local: Obs.: |        |               |       |
| EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS: |                                                      |                                                        |        |               |       |

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

|                            |                                                                                                 |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nível de consciência:      | ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro     |
| GLASGOW(3-15):             |                                                                                                 |
| Drugs (Sedação/Analgesia): |                                                                                                 |
| Pupilas:                   | ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas |
| Mobilidade Física:         | ( ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Parestesia Local:                                     |
| Linguagem:                 | ( ) Qual? ( ) Distonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.                                   |
| Obs:                       |                                                                                                 |

## OXIGENAÇÃO

|                                                                    |                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Respiração:                                                        | ( ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T |
| ( ) VMNI ( ) VMI TOT nº                                            | Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O                                                  |
| ( ) Eupnéia ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispneia ( ) Outros: |                                                                                        |
| Ausculta pulmonar:                                                 | Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuído ( ) D ( ) E                                 |
| Ruídos adventícios:                                                | ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:                                        |
| Tosse:                                                             | ( ) Improdutiva ( ) Produtiva                                                          |
| Expectoração:                                                      | ( ) Quantidade e aspecto:                                                              |
| Data da inserção do dreno /                                        | Aspecto da drenagem torácica:                                                          |
| Gesometria arterial: PH                                            | PCO2 PO2 HCO3 EB SPO2                                                                  |
| Data:                                                              | / / Hora:                                                                              |

## PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

|                                                                         |                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| Alteração:                                                              | ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar             |
| Observação:                                                             |                                                                   |
| SEGURANÇA FÍSICA                                                        |                                                                   |
| ( ) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda. Observação: |                                                                   |
| REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR                                                |                                                                   |
| Pulso:                                                                  | ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Chelo. |

COPIA  
DE  
LIVRO  
DE  
RECEITAS  
Nº 101

paciente em fase, com  
orientado, em P.O.I. de forma  
que em este caso a  
plato o momento de  
do engemosem.

NOME

paciente natural, residente,  
quintado, casado, em  
dita que, agnada, com  
vulgaridade, com  
da infirmary  
Odo: Realizado nos X de

TAR 22

COPIA  
DE  
LIVRO  
DE  
RECEITAS  
Nº 101

paciente admitido p/ procedimento  
cirurgico. Sem quebra no

NOME

DATA: 01/03/01

|                        |            |       |      |   |       |    |        |   |        |   |
|------------------------|------------|-------|------|---|-------|----|--------|---|--------|---|
| ANTONIO TARGINO        | MOBILIZADO | ACABE | ALAS | 6 | LEITE | 12 | MEDICO | 1 | RASTRO | 1 |
| EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM |            |       |      |   |       |    |        |   |        |   |



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Julio Cesar Registro:                      Leito: 4-3 Setor Atual: 010 I

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax:            °C; P:            bpm; FR:            lpm; PA:            mmHg; FC:            bpm; SPO2:            %  
HGT:            mg/dl; Peso:            Kg; Altura:            cm Dor: (            ) Local:            Obs.:           

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: ( ☒ ) Consciente ( ☒ ) Orientado ( ☐ ) Confuso ( ☐ ) Letárgico ( ☐ ) Torporoso ( ☐ ) Comatoso ( ☐ ) Outros:           

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ☒ ) Isocóricas ( ☐ ) Anisocóricas ( ☐ ) D>E ( ☐ ) E>D ( ☐ ) Fotoreagentes ( ☐ ) Mióticas ( ☐ ) Midríaticas

Mobilidade Física: ( ☒ ) Preservada ( ☐ ) Paresia ( ☐ ) Paraplegia ( ☐ ) Parestesia Local:           

Linguagem: ( ☐ ) Qual? ( ☐ ) Disfonia ( ☐ ) Afasia ( ☐ ) Disfasia ( ☐ ) Disartria.

Obs:           

4. VENTILAÇÃO

Respiração: ( ☒ ) Espontânea ( ☐ ) Cateter Nasal ( ☐ ) Venturi % l/min ( ☐ ) Traqueostomia ( ☐ ) Ayre/Tubo T

( ☐ ) VMI ( ☐ ) VMI TOT n°            Comissura labial n°            FIO2            % PEEP            cmH2O

( ☐ ) Eupnéia; ( ☐ ) Taquipnéia ( ☐ ) Bradipnéia ( ☐ ) Dispneia ( ☐ ) Outros:           

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ☐ ) Diminuídos ( ☐ ) D ( ☐ ) E

Ruídos adventícios: ( ☐ ) Roncos ( ☐ ) Sibilos ( ☐ ) Estridor ( ☐ ) Outros:           

Tosse: ( ☐ ) Improdutiva ( ☐ ) Produtiva Expectoração: ( ☐ ) Quantidade e aspecto:           

Aspiração: Quantidade e aspecto:            Dreno de tórax: ( ☐ ) D ( ☐ ) E ( ☐ ) Selo d'água:           

Data de inserção do dreno            /            /            Aspecto da drenagem torácica:           

Gasometria arterial: PH            PCO2            PO2            HCO3            EB            SpO2            Data:            /            /            Hora:           

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: ( ☐ ) Visão ( ☐ ) Audição ( ☐ ) Tato ( ☐ ) Olfato ( ☐ ) Paladar Observação:           

SEGURANÇA FÍSICA

( ☒ ) Tranquilo ( ☐ ) Agitado ( ☐ ) Agressivo. ( ☐ ) Risco de queda. Observação:           

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: ( ☒ ) Regular ( ☐ ) Irregular ( ☐ ) Impalpável ( ☐ ) Filiforme ( ☐ ) Chelo.



GOVERNO  
DO ESTADO DO PARANÁ

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES E ATENDIMENTO DOMICILIAR GONÇALVES FERREIRA

UNIDADE DE SAÚDE DE

NOME:

Suelio Leão Silva

RENDA MENSAL:

DATA DE NASCIMENTO:

| IDADE | SEXO | COR | PESO | ALTURA | CLÍNICA | ENTR |
|-------|------|-----|------|--------|---------|------|
|       |      |     |      |        |         |      |

DADOS CLÍNICOS:

06

ATENDIMENTO: A. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12.

DATA DE SOLICITAÇÃO:

Rx Paracetamol 1000mg

URGÊNCIA:

☐

ROTINA:

☐

DATA:

16/06/15

HORA DA SOLICITAÇÃO:

RESPONSÁVEL PELA SOLICITAÇÃO:

DR. SUELIO MOREIRA TORRES  
CRM: 10.000.000

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

**1. IDENTIFICAÇÃO**

Nome: Julia Luan Silveira de Melo Registro: 5 Leito: 3 Setor Atual: 90403

**2. AVALIAÇÃO GERAL**

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: lpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: ( ) Local: Obs.:

**EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:**

**3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES FISIOLÓGICAS**

**REGULAÇÃO NEUROLÓGICA**

Nível de consciência: ( ☒ ) Consciente ( ☒ ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: ( ☒ ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) D>E ( ) E>D ( ) Fotoreagentes ( ) Mióticas ( ) Midriáticas

Mobildade Físeas: ( ☒ ) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Paralisia Local:

Linguagem: ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfasia ( ) Disartria.

Obs:

**OXIGENAÇÃO**

Respiração: ( ☒ ) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % Umin ( ) Traqueostomia ( ) Ayre/Tubo T

( ) VMNI ( ) VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

( ☒ ) Eupnéia; ( ) Taquipnéia ( ) Bradipnéia ( ) Dispnéia ( ) Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: ( ) Diminuído ( ) D ( ) E

Ruídos adventícios: ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estridor ( ) Outros:

Tosse: ( ) Improdutiva ( ) Produtiva Expectoração: ( ) Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: ( ) D ( ) E ( ) Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gaseometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

**PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS**

Alteração: ( ) Visão ( ) Audição ( ) Tato ( ) Olfato ( ) Paladar Observação:

**SEGURANÇA FÍSICA**

( ☒ ) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo. ( ) Risco de queda. Observação:

**REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR**

Pulso: ( ☒ ) Regular ( ) Irregular ( ) Impalpável ( ) Filiforme ( ) Cheio.



16/06/2019

HTCG-Panel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

|                                                                                        |  |                      |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--|
| DESTINO DO PACIENTE _____                                                              |  | SERVIÇOS REALIZADOS: |  |
| <input type="checkbox"/> Centro cirúrgico _____                                        |  | CÓDIGO/PROCEDIMENTO  |  |
| <input type="checkbox"/> Internação (secur) _____                                      |  | CBO                  |  |
| <input type="checkbox"/> Alta hospitalar / <input type="checkbox"/> Alta revolta _____ |  | IDADE                |  |
| <input type="checkbox"/> Decisão Médica _____                                          |  |                      |  |
| <input type="checkbox"/> Transfência a outro SETOR ou HOSPITAL _____                   |  |                      |  |
| <input type="checkbox"/> Óbito _____                                                   |  |                      |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> <i>Roberto Alves Silva</i>                         |  |                      |  |
| Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)                                    |  |                      |  |

<http://htcg/impreclassi.php?confer=19218898&dataatend=2019-06-16&horaatend=10:13:54>

2/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 15:26:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062215263772700000042634570>

Número do documento: 21062215263772700000042634570

Num. 44853652 - Pág. 94

fe=90

T=36.2

12-100X80

58%

30/06/19

39 km

Processo modificado

TERO MOREIRA TORRES  
CORREN-PB 843.811-TE

At: Montassaf-Orlando Soares  
CORREN-PB 843.811-TE

em andamento, aguardando guias.

Montassaf-Orlando Soares

12-100X80

30/06/19



28.06.19 08h15 Pa: 120x80

Pacientes isolados, com sintomas onimotado  
sem sintomas, realizando teste de acido.

Segui com exames. Fic: *monalisa*  
Mônica Fortunato Soares  
COREN-PB 043.011-TE





**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA**

| BOLETIM DE ENFERMAGEM                                                                                                      |                                                             |                                            |                                     |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------|
| NOME:                                                                                                                      |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| IDADE:                                                                                                                     | SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | DATA DE NASCIMENTO: / / às h               |                                     |                                            |
| SETOR:                                                                                                                     |                                                             | LEITO:                                     |                                     |                                            |
| DIAGNÓSTICO MÉDICO:                                                                                                        |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| ALERGIAS:                                                                                                                  | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>   | QUAIS:                                     |                                     |                                            |
| MEDICAÇÃO CONTÍNUA:                                                                                                        | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>   | QUAIS:                                     |                                     |                                            |
| DOENÇA CRÔNICA:                                                                                                            | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>   | QUAIS:                                     |                                     |                                            |
| PRESENÇA DE ESCARA:                                                                                                        | SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>   | LOCAL:                                     |                                     |                                            |
| PRESSÃO ARTERIAL:                                                                                                          | HIPOTENSO <input type="checkbox"/>                          | NORMOPOTENSO <input type="checkbox"/>      | HIPERTENSO <input type="checkbox"/> |                                            |
| SISTEMA NEUROLÓGICO:                                                                                                       | CONSCIENTE <input type="checkbox"/>                         | INCONSCIENTE <input type="checkbox"/>      | ORIENTADO <input type="checkbox"/>  |                                            |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO:                                                                                                      | DISPNEICO <input type="checkbox"/>                          | TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/>       | EUPNEICO <input type="checkbox"/>   | BRADIPNEICO <input type="checkbox"/>       |
| SIST. GENITOURINÁRIO (DIURSE)                                                                                              | NORMAL <input type="checkbox"/>                             | POLÚRIA <input type="checkbox"/>           | OLIGÚRIA <input type="checkbox"/>   | SVD <input type="checkbox"/>               |
| MOBILIDADE:                                                                                                                | DUSÚRIA <input type="checkbox"/>                            | CISTOSTOMIA <input type="checkbox"/>       | ANÚRIA <input type="checkbox"/>     |                                            |
|                                                                                                                            | DEÂMBULA <input type="checkbox"/>                           | DEÂMBULA C/ APOIO <input type="checkbox"/> | ACAMADO <input type="checkbox"/>    | S/ DEFICITE MOTOR <input type="checkbox"/> |
|                                                                                                                            | TETRAPLEGIA <input type="checkbox"/>                        | HEMIPLEGIA <input type="checkbox"/>        | PAREZIA <input type="checkbox"/>    | RESTRITO NO PEITO <input type="checkbox"/> |
| SIST. GAS. ROINTEATINAL (DIETA)                                                                                            | VO <input type="checkbox"/>                                 | SNG <input type="checkbox"/>               | SNE <input type="checkbox"/>        |                                            |
| ESTADO NUTRICIONAL:                                                                                                        | NUTRIDO <input type="checkbox"/>                            | DESNUTRIDO <input type="checkbox"/>        | OBESO <input type="checkbox"/>      | CAQUÉTICO <input type="checkbox"/>         |
| DADOS VITAIS:                                                                                                              | PA:                                                         | T:                                         | FR:                                 | FC: PESO:                                  |
| DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM                                                                                                  |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE QUEDA                                                                                    |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE ASPIRAÇÃO                                                                                |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE INFECÇÃO                                                                                 |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL                                                    |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL                                                                        |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> RETENÇÃO URINÁRIA                             |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SANGRAMENTO                                                                              |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
| <input type="checkbox"/> NÁUSEA                                                                                            |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
| <input type="checkbox"/> DOR AGUDA <input type="checkbox"/> DOR CRÔNICA                                                    |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
| <input type="checkbox"/> PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ                                                                      |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
| <input type="checkbox"/> MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA                                                                   |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
| <input type="checkbox"/> DÉFICIT NO AUTO CUIDADO <input type="checkbox"/> ALIMENTAR-SE <input type="checkbox"/> PARA BANHO |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
| <input type="checkbox"/> INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA                                                                   |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA                                                                  |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
| <input type="checkbox"/> RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO                                                                       |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                   |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                   |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                   |                                                             |                                            | CD/FR:                              |                                            |
|                                                                                                                            |                                                             |                                            | CD: CARACTERÍSTICA DEFINIDORA       |                                            |
|                                                                                                                            |                                                             |                                            | FR: FATOR RELACIONADO               |                                            |
| ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL                                                                                       |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM                                                                                                   |                                                             | APRAZAMENTO                                | ASSINATURA                          |                                            |
| <input type="checkbox"/> MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS.                                                                     |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR.                                                            |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA.                                               |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> INSTALAR CATÉTER DE O2 A DL/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA.                                    |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUIDOS, ESTERTORES E BATIMENTOS DA ASA DO NARIZ).   |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS.                                                                         |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> POSICIONAR O PACIENTE EM DECUBITO DE 45°.                                                         |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO.                                     |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDMA, HIPEREMIA, CALOR, RUBOR HIPEREMIA).                |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO.                                                                       |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE                                 |                                                             |                                            |                                     |                                            |
| <input type="checkbox"/> RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA EQUIPE E AS REPOSTAS DO PACIENTE.  |                                                             |                                            |                                     |                                            |

MDP 125



20  
06  
19

20h1 Pa: 120x80 Tio: MAMALIS  
Mônica Fortunato Soares  
COREN-PB 843.611-TE





GOVERNO  
DA PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 27/06/2019

Horas: 12:15:25

Médico (a) Diarista : Wagner Luiz Egito De Araujo

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

OK OK

### DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1922077 Paciente: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA Idade: 025 Sexo: M

Nome da Mãe: MARIA LUCIA DA SILVA Data de Nascimento: 30/11/1993 Admissão: 16/06/2019

Clinica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 9 Leito: 3 Diagnóstico: REFRATURA OSSOS DA PERNA DIREITA

DIA 27/06/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner Luiz Egito De Araujo /

| Item | Prescrição                                                                                                                          | Aprazamento |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 1    | DIETA LIVRE                                                                                                                         |             |
| 2    | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML E.V. 12h/12h                                                                                            | 1x 2x       |
| 3    | CEFTRIAXONA SODICA 1 G INTRAVENOSO/INTRAMUSCULAR E.V. 1FRA AMP. 12h/12h 5D/7D<br>Reconstituir 10 ML ABD, Diluir em 100 ML SF (susq) | 08 06       |
| 4    | DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 6h/6h                                                                                           | 1x 1x 2x 0x |
| 5    | HIDROCORTISONA SUCCINATO SODICO 500 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h<br>Reconstituir 4ML ABD,                                              | 1x 2x       |
| 6    | TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 12h/12h<br>Reconstituir 2ML ABD,                                                                  | 1x 2x       |
| 7    | RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA. 12h/12h<br>Diluir em 100 ML SF                                                    | 1x 0x       |
| 8    | ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 24h/24h (ADM AS 14h)                                                                            | 2x          |
| 9    | FISIOTERAPIA MOTORA                                                                                                                 |             |
| 10   | CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS                                                                                                     | ciente      |

### EVOLUÇÃO

DATA: 27/06/2019 HORA: 12:15:16

PCT SEGUE EM BEG, ESTAVEL CLINICAMENTE SEM DISTURBIOS

DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES

MID: BEM PERFUNDIDO, PULSOS +

CD: VPM

AGUARDA CIRURGIA

ASSINATURA + CARIMBO  
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo  
ORTOPEDIA - RUA...  
CRM - PA 14026







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
JULIO CESAR SILVA SILVEIRA



DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF  
3956191 SSDS PB

CPF DATA NASCIMENTO  
112.069.904-57 30/11/1993

FILIAÇÃO  
ANTONIO LOPES DA  
SILVEIRA  
MARIA LUCIA DA SILVA

PERMISSÃO ACC CAT HAB  
[Stamp] [Stamp] AD

Nº REGISTRO  
05868134171

VALIDADE  
24/11/2020

1ª HABILITAÇÃO  
02/09/2013

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1169405610

OBSERVAÇÕES  
EXERCE ATIV REMUNERADA;

*Julio Cesar Silva Silveira*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSÃO  
17/02/2014

*[Signature]*  
Analista Claudio Soares  
Diretor Regional de Trânsito

9404744031  
PB03150921

ASSINATURA DO EMISSOR

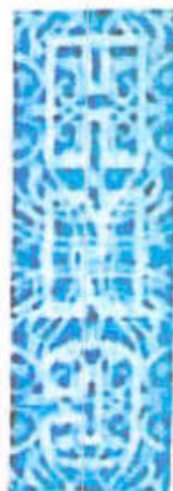
DETRAN - PB - PARAIBA

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1169405610



PROIBIDO PLASTIFICAR

1169405610



VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1169405610



9404744031  
PB03150921

Assinatura do Titular  
Assinatura do Titular

17/02/2011  
DATA EMISSÃO

CAMPINA GRANDE, PB

LOCAL

Assinatura do Portador

*Julio Cesar Silva Silveira*

EXERCE ATIV REMUNERADA:

OBSERVAÇÕES

02/09/2013

1ª REGISTRAÇÃO

24/11/2020

VALIDADE

05868134171

Nº BIÓTIPO

AD

CATIMA

ACC

REVISÃO

MARIA LUCIA DA SILVA  
ANTONIO LOPES DA  
SILVEIRA

FILIAÇÃO

112.069.904-57  
30/11/1993

DATA NASCIMENTO

PB

SSDS

3956191

DOC IDENTIDADE / ORIG EMISSOR UF

JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

NOME

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO



## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QSD1758

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2018  
 Proprietário: \*\*\*\*\*  
 Placa: QSD1758  
 Combustível: GASOLINA  
 Marca/Modelo: HONDA/CG 160 START  
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET  
 Ano de Fabricação: 2018  
 Ano Modelo: 2018  
 Categoria: PARTICULAR  
 Cor Predominante: PRETA  
 Vencimento Licenciamento: 31/10/2019  
 Observação:  
 Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA  
 Financeira: #####  
 Município: CAMPINA GRANDE  
 Situação: EM CIRCULACAO  
 Data da Consulta: 29/10/2019

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DA JUSTICA

DETRAN - PB N°  
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VA: COO. RENOVAM. R.T.S. EXERCICIO  
 2018

NOME / ENDEREÇO  
 \*\*\*\*\*

PLACA  
 QSD1758

ESPECIE / TIPO  
 PASSA / MOTOCICLET

COMBUSTIVEL  
 GASOLINA

MARCA / MODELO  
 HONDA/CG 160 START

ANO FAB. ANO MOD  
 2018 2018

CAP. POT. / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE  
 PARTICULAR PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS  
 31/10/2019 1°  
 2°  
 3°

PREMIO LICENCIAMENTO COOP. PREMIO TOTAL RES. COTA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES  
 ALIENACAO FIDUCIARIA

LOCAL DATA  
 CAMPINA GRANDE 29/10/2019





## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

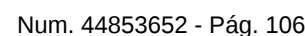
QSD1758

Imprimir Consulta

Último Licenciamento: 2018  
 Proprietário: \*\*\*\*\*  
 Placa: QSD1758  
 Combustível: GASOLINA  
 Marca/Modelo: HONDA/CG 160 START  
 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET  
 Ano de Fabricação: 2018  
 Ano Modelo: 2018  
 Categoria: PARTICULAR  
 Cor Predominante: PRETA  
 Vencimento Licenciamento: 31/10/2019  
 Observação:  
 Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA  
 Financeira: #####  
 Município: CAMPINA GRANDE  
 Situação: EM CIRCULACAO  
 Data da Consulta: 29/10/2019

| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>MINISTÉRIO DA JUSTIÇA |               |                     |                  |
|---------------------------------------------------------|---------------|---------------------|------------------|
| DETRAN - PB                                             |               | Nº                  |                  |
| CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO      |               |                     |                  |
| VR                                                      | COO. RENAVAM  | PLT                 | EXERCÍCIO        |
|                                                         |               |                     | 2018             |
| NOME / ENDEREÇO                                         |               |                     |                  |
| *****                                                   |               |                     |                  |
| PLACA                                                   |               | QSD1758             |                  |
| PLACA ANT.                                              |               | CHASSI              |                  |
| ESPECIE / TIPO                                          |               | COMBUSTÍVEL         |                  |
| PASSA / MOTOCICLET                                      |               | GASOLINA            |                  |
| MARCA / MODELO                                          |               | ANO FAB.            | ANO MOD.         |
| HONDA/CG 160 START                                      |               | 2018                | 2018             |
| CAP. POT./CIL.                                          |               | CATEGORIA           | COR PREDOMINANTE |
|                                                         |               | PARTICULAR          | PRETA            |
| I<br>P<br>V<br>A                                        | COSE ÚNICA    | VENC. COSE ÚNICA    | VENC. COSE       |
|                                                         |               | 31/10/2019          | 1º               |
|                                                         | PASSA / PRETA | PARCELAMENTO / COSE | 2º               |
|                                                         |               |                     | 3º               |
| PREMIO LIQUIDACAO                                       |               |                     |                  |
| PREMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO                  |               |                     |                  |
| OBSERVAÇÕES                                             |               |                     |                  |
| ALIENACAO FIDUCIARIA                                    |               |                     |                  |
| LOCAL                                                   |               | DATA                |                  |
| CAMPINA GRANDE                                          |               | 29/10/2019          |                  |



[illegible][illegible]

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200028898 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIO CESAR SILVA SILVEIRA **Data do acidente:** 16/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 21/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - HASTE INTRAMEDULAR E PARAFUSOS. ALTA MÉDICA.  
P 6/25/26

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM SINISTRO ANTERIOR Nº 3190297027 EM GRAU LEVE PARA O MEMBRO INFERIOR DIREITO. SINISTRO ATUAL LESIONADO NO MESMO SEGMENTO CORPORAL. SEQUELA JÁ INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 %                                            | Em grau leve - 0 %                                            | 0%        | R\$ 0,00                 |
| Total                                                 |                                                 |                                                               | 0 %       | R\$ 0,00                 |



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0085720/20

**Vítima:** JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

**CPF:** 112.069.904-57

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 16/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**JULIO CESAR SILVA SILVEIRA : 112.069.904-57**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/03/2020  
Nome: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA  
CPF: 112.069.904-57

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/03/2020  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024543/20

**Vítima:** JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

**CPF:** 112.069.904-57

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 16/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**JULIO CESAR SILVA SILVEIRA : 112.069.904-57**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/01/2020  
Nome: JULIO CESAR SILVA SILVEIRA  
CPF: 112.069.904-57

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/01/2020  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

JULIO CESAR SILVA SILVEIRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08075692720208150001

**BRDESCO SEGUROS 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 **JULIO CESAR SILVA SILVEIRA**, 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:

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.

**Após análise detida dos documentos apresentados, verificou-se a ausência de cobertura, EM RAZÃO DE SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL POIS A LESÃO JÁ FOI PAGA EM SINISTRO ANTERIOR OCORRIDO EM 26/01/2019.**

#### **DESCABIMENTO DE RENOVAÇÃO DE PLEITO INDENIZATÓRIO**

##### **LESÃO PREEXISTENTE**

Inicialmente, deve-se sopesar o fato da parte autora ter pleiteado judicialmente verba indenizatória DPVAT, cujo processo tramitou na 7ª VC de **CAMPINA GRANDE PB**, sendo autuado sob o **n.º. 0819426-07.2019.815.0001**, em virtude de acidente automobilístico ocorrido em 26/01/2019.

Frisa-se que a parte autora requereu o recebimento do Seguro Obrigatório DPVAT nos autos da ação supracitada em decorrência de **MEMBRO INFERIOR DIREITO, 25%**, ou seja, o requerente sustenta seu pleito indenizatório em lesão idêntica a que fora recebida anteriormente.



Constata-se que os documentos acostados aos autos comprovam que o acidente que ocasionou a debilidade permanente foi anterior ao narrado na inicial, não havendo, portanto, nexos de causalidade entre o novo acidente e a lesão apresentada pela parte autora.

Deste modo, é irrefragável que a presente lide tem o mesmo pedido de outra ação que teve o mérito julgado, uma vez que a parte autora sequer comprova que houve agravamento da lesão em virtude de um suposto novo acidente automobilístico.

Diante do exposto, a improcedência do pedido é a medida que se impõe.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 18 de junho de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

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

