



02/09/2020

Número: **0011977-84.2015.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/04/2015**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

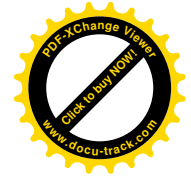
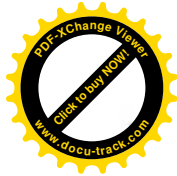
Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                           |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                   |
|----------------------------------|--------------------|----------------------------------------------|-------------------|
| JUNIOR DA SILVA MEIRELES (AUTOR) |                    | GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)        |                   |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU)       |                    |                                              |                   |
| Documentos                       |                    |                                              |                   |
| Id.                              | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo              |
| 33913504                         | 02/09/2020 17:18   | <a href="#">Contestação</a>                  | Contestação       |
| 33913518                         | 02/09/2020 17:18   | <a href="#">2747654_CONTESTACAO_Anexo_03</a> | Outros Documentos |
| 33913519                         | 02/09/2020 17:18   | <a href="#">2747654_CONTESTACAO_Anexo_02</a> | Outros Documentos |

EM ANEXO





ASSISTENCIA JUDICIARIA  
PODER JUDICIARIO DO ESTADO DA PARAIBA  
COMARCA DE JOAO PESSOA

MANDADO 001 - MAND CITACAO REU

PROCESSO: 0008605-64.2014.815.2001 11A. VARA CIVEL  
Classe : PROCEDIMENTO SUMARIO

AUTOR : JUNIOR DA SILVA MEIRELES  
Endereco: R IVO SOARES 65  
Bairro : ROGER Cidade: JOAO PESSOA CEP:  
REU : BRADESCO SEGUROS S/A  
Endereco: R PQ SOLON DE LUCENA 641  
Bairro : CENTRO Cidade: JOAO PESSOA CEP: 58013131

O MM. JUIZ DE DIREITO DA VARA SUPRA MANDA AO OFICIAL DE JUSTICA, ABAIXO NOMINADO, QUE, EM CUMPRIMENTO A ESTE, CITE A PARTE RE, NOME E ENDERECO ACIMA, PARA, QUERENDO, DEFENDER - SE.  
ADVIRTA-A, OUTROSSIM, DE QUE NAO SENDO CONTESTADA A ACAO, PRESUMIR-SE-AO ACEITOS, COMO VERDADEIROS, OS FATOS ARTICULADOS PELO AUTOR, CONSTANTES DA INICIAL, CUJA COPIA SEGUE EM ANEXO.

COMPLEMENTO/DESPACHO JUDICIAL  
SEGUE EM ANEXO CONTRA-FE PARA INSTRUÇÃO. CITAR NA PESSOA NO RESPECTIVO REPRESENTANTE LEGAL.

"...CITE-SE COM AS CAUTELAS LEGAIS..."  
PRAZO PARA DEFESA 015 DIAS

LOCAL: FORUM DES. MARIO MOACIR PORTO  
AVENIDA JOAO MACHADO S/N - JAGUARIBE CEP:58013522

JOAO PESSOA, 23 DE JULHO DE 2014.

*Ania Baptista P de Amorim*  
ANIA BAPTISTA PEREIRA DE AMORIM  
CHEFE DA CENTRAL DE MANDADOS, POR ORDEM DO MM. JUIZ

OFICIAL: 3323-3 050 23/07/2014  
O oficial acima deverá se identificar com sua carteira funcional  
Recomendação: AO COMPARECER EM JUIZO, ESTEJA TRAJANDO VESTIMENTA ADEQUADA AO AMBIENTE FORENSE. <DIA>

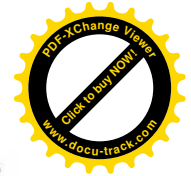
CIENTE: \_\_\_\_\_  
MANDADO COM ASSISTENCIA JUDICIARIA.

00086056420148152001001



15:18 07/24/2014 10:47:06 SRECEIO SEGROS J. PESSOA





## MORAIS & AMORIM ADVOGADOS

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_\_ VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE JOÃO PESSOA/PB.

0008609-64.2014.815.2001

JUNIOR DA SILVA MEIRELES, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços gerais, portador da Cédula de Identidade n.º 3436331 SSP-PB, e do CPF n.º 092.190.494-06, podendo receber intimações na Rua Ivo Soares 65, Roger, João Pessoa/PB, por meio de seus procuradores e advogados adiante assinados, legalmente constituídos no âmbito do incluso instrumento de mandato, que podem receber intimações na Rua Beneditina 21, Centro, Santa Rita/PB, vem, respeitosamente perante V. Ex.ª propor a presente:

### AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE

em face da BRADESCO SEGUROS S/A, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/ME sob o n.º 33.055.146/0001-93, podendo ser citada no endereço de Lucena, 641, Centro, João Pessoa/PB o que faz de acordo com os fundamentos fáticos e jurídicos que passa a expor:

### DA JUSTIÇA GRATUITA:

Inicialmente, requer o promovente sejam-lhe concedidos os benefícios da justiça gratuita, nos exatos termos do art. 4.º da Lei 1.060/1950, e 5.º, LXXIV, da Constituição Federal, por não ter condições de pagar as custas do processo e os honorários advocatícios, sem prejuízo do próprio sustento ou de sua família.

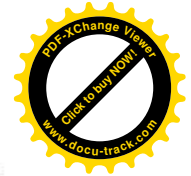
Av. João Machado, 553 - Sala 127 - Empresarial Plaza Center - Centro - João Pessoa - PB;  
Praça Venâncio Neiva, 21 - Centro - Santa Rita - PB.  
Telefones: (83) 3632-1329/ (83) 3229-1074.

15:18 07/24/2014 10:47:06 3939320 SENHOR J. PESSOA





## MORAIS & AMORIM ADVOGADOS



É cediço que a simples afirmação, nos moldes dos dispositivos retro citados, bem como reconhecidos na jurisprudência pátria dominante, é suficiente para o deferimento do pedido, conforme se pode observar na decisão do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, a seguir, litteris:

*"Assistência judiciária – Afirmação de pobreza em requerimento da parte – Dispensa de outras provas,*

*Não é necessário, para a concessão do benefício da assistência judiciária, que a parte prove sua condição de necessitada. Basta a simples afirmação de sua pobreza, até sua prova em contrário,*

*Não está a parte obrigada, para gozar dos benefícios da assistência judiciária, a recorrer aos benefícios da Defensoria Pública"* – TJPB – 2ª Câmara Cível – Apelação Cível nº 1996/0042656-06 – Antônio Elias de Queiroga – Data do julgamento: 24.03.1997 – Publ. DJ: 03/04/1997.

Assim, pugna o promovente pela concessão dos benefícios da gratuidade judiciária, de modo a ser dispensado, na hipótese de recurso, do pagamento das custas e demais despesas processuais, além de honorários advocatícios da sucumbência, na improvável hipótese de ver vencido na lide.

### I- BREVE RESUMO DOS FATOS:

Em 04/10/2013, o promovente foi vítima de acidente de trânsito quando trafegava com sua Motocicleta (HONDA, BIZ 125 KS PRATA, PLACA: MNK 8482/PB) nas imediações do Bairro dos Novais, sendo atingido por um veículo tipo caminhão, fazendo-o cair ao solo, consoante ocorrência policial em anexo. Após o acidente, o autor foi socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Pelo fato descrito acima, o autor sofreu inúmeras escoriações que o deixaram com sequelas irreversíveis na mão esquerda, sendo submetido a procedimento cirúrgico conforme

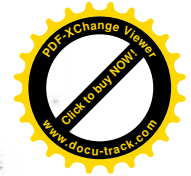
Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB,  
Praça Venância Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.  
Telefones: (83) 3032-1329 / (83) 3229-1074.

15:18 07/24/2014 104706 80000003244445





## MORAIS & AMORIM ADVOGADOS



consta dos laudos médicos em anexo, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

Porém, mesmo depois de todo esforço para se reabilitar, com cirurgias e fortes medicamentos, o autor teve comprovado TRAUMA EM MÃO ESQUERDA E SEU AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA EM 4º QDE COM FRATURA EXPOSTA E DEFORMIDADE PERMANENTE PELA GRAVIDADE DO TRAUMATISMO SOFRIDO.

Com esta sequela, o autor não consegue realizar suas atividades cotidianas, sentindo ainda fortes dores no local da lesão em face das restrições nos movimentos.

Desta feita, o demandante, munido da documentação necessária, vem pleitear da empresa promovida o pagamento da indenização do seguro por invalidez permanente, uma vez que esta empresa integra a FENASEG (Federação Nacional dos Seguros Privados de Capitalização).

### II – DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA:

#### **- Da Legitimidade Passiva -**

O art. 7º, da Lei 6.194/74, determina que, em se tratando do seguro denominado DPVAT, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será parte legítima para figurar no pólo passivo de uma ação que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a promooora

Neste tom, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:

**“APELAÇÃO CÍVEL – COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) – LEGITIMIDADE SEGURADORA – Qualquer seguradora autorizada a operar com o DPVAT é parte legítima para a propositura de ação que vise o recebimento de seguro obrigatório do veículo, porquanto a lei faculta ao beneficiário acionar**

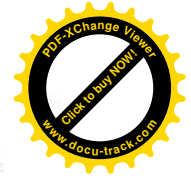
Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB.  
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.  
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.

15/10/07/24/2014 10:47:06 B000550 SBAKOS J. PESSOA





## MORAIS & AMORIM ADVOGADOS



aquela que melhor lhe aprouver, conforme Resolução 6/86, do Conselho Nacional de Seguros Privados”, (TAMG – AP 0350628-9 – Uberlândia – 1ª C. Cível – Rel. Juiz Sílas Vieira – J. 18.12.2001) (destaque nosso).

Quanto à legitimidade passiva, nenhuma dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da Fenaseg é parte legítima para pagamento do seguro obrigatório.

### - Da Documentação Necessária para o Recebimento da Indenização -

Anota o art. 5º, da Lei nº 6.194/74, que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, *veja-se*:

“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 forma de responsabilidade do segurado”. (grifo nosso)

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

### - Do Quantum Indenizatório -

Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. E como a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio TJ, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (DPVAT) é de R\$13.500,00, a teor da regra esculpida no art. 3º da Lei n. 6.194/74, *in verbis*:

---

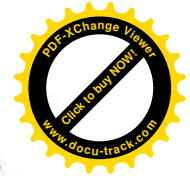
Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB.  
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.  
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.

15:18:07/24/2014 10:47:06 PROCESSO SEI 13518-1





## MORAIS & AMORIM ADVOGADOS



"Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e demais despesas decorrentes dos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

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

Incontroverso, também, o valor que deverá ser pago a título de indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) para invalidez suportada em razão de acidente automobilístico;

### III- DOS REQUERIMENTOS FINAIS:

Diante do exposto, requer-se de Vossa Excelência:

- a) A **CITACÃO** da empresa demandada, na pessoa de seu representante legal, para, querendo, contestar o feito, sob pena de revelia e confissão;
- b) Ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar a promovente o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), provenientes da debilidade permanente suportada em virtude do acidente automobilístico;
- c) A concessão dos benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**, tendo em vista que o autor é pobre nos termos da Lei nº 1.060/50, não possuindo condições de arcar com as custas processuais, sem prejuízo de seu sustento e de sua família;
- d) A oportunidade de provar o alegado por todos os meios em direito admitidos, principalmente a prova documental, que segue acostada;
- e) A condenação do requerido no pagamento dos honorários advocatícios na base de 20% do valor da condenação, em caso de eventual recurso.

Av. João Machado, 553 - Sala 127 - Empresarial Plaza Center - Centro - Santa Rita - PB.  
Praça Venâncio Neiva, 21 - Centro - Santa Rita - PB.  
Telefones: (83) 3032-1329 / (83) 3229-1074.

15:18 07/24/2014 10:47:06 BAKESO SERGIO J. PESSOA





## MORAIS & AMORIM ADVOGADOS



f) A realização de perícia pelo Instituto Médico Legal, caso Vossa Excelência entenda necessário.

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

João Pessoa, 17 de março de 2014

Giullyana Flávia de Amorim  
Advogada OAB/PB nº 13529

Enéas Flávio S. de Moraes Segundo  
Advogado OAB/PB nº 14318

15:18 07/24/2014 104706 BRUNO J. PESSOA

Av. João Machado, 553 - Sala 127 - Empresarial Plaza Center - Centro - João Pessoa - PB.  
Praça Venâncio Neiva, 21 - Centro - Santa Rita - PB.  
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.





Franklin Carvalho

**De:** Ana Maria Abreu de Oliveira <ana.oliveira@bradescoseguros.com.br> em  
nome de DPVAT <dpvat@bradescoseguros.com.br>  
**Enviado em:** terça-feira, 29 de julho de 2014 12:22  
**Para:** Contencioso  
**Cc:** Monique Costa Rosa  
**Assunto:** ENC: PROCESSO 0008605-64.2014.815.2001 JUNIOR DA SILVA MEIRELES  
AUD 15 DIAS DPVAT  
**Anexos:** junior\_2014\_06\_30\_16\_28\_25\_063.pdf; ATT00001.txt; ATT00002.htm

Prezados,

Segue para conhecimento e providencias.

**Atenciosamente,**  
**Bradesco Auto / Re Cia de Seguros**  
0181 - Superintendência de Sinistros Auto  
Dpvat  
Ana Maria Abreu de Oliveira  
Tel.: (21) 2503-1974 Ramal 1974 Fax:(21) 2503-1527

PATROCINADOR OFICIAL



---

**De:** Sonia Maria Cabral Augusto Pereira  
**Enviada em:** sexta-feira, 25 de julho de 2014 11:20  
**Para:** DPVAT  
**Cc:** Vanda Carmem Fabricio Wanderley  
**Assunto:** PROCESSO 0008605-64.2014.815.2001 JUNIOR DA SILVA MEIRELES AUD 15 DIAS DPVAT

Segue para sua providencia.

**BRADESCO SEGUROS S.A.**  
9724 - Superintendência Executiva Regional Nordeste  
Sucursal 871 João Pessoa - PB Mercado  
**Sonia Maria Gomes Cabral**  
Tel.:(83)3222-3799 / Fax (83)3222-4552



## JUNIOR DA SILVA MEIRELES



Objeto | INVALIDEZ

☐ Indeterminado

Sinistros (0)

Status | Liquidado ☐

|              | Data                                    | Valor                                  | Data/Correção                           | Data/Juros                              |
|--------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|
| Distribuição | <input type="text" value="20-03-2014"/> | <input type="text" value="13.500,00"/> | <input type="text" value="20-03-2014"/> | <input type="text" value="24-07-2014"/> |
| 1ª Instância | <input type="text" value="28-08-2014"/> | <input type="text" value="9.450,00"/>  | <input type="text" value="23-09-2014"/> | <input type="text" value="23-09-2014"/> |
| 2ª Instância | <input type="text"/>                    | <input type="text" value="0,00"/>      | <input type="text"/>                    | <input type="text"/>                    |
| 3ª Instância | <input type="text"/>                    | <input type="text" value="0,00"/>      | <input type="text"/>                    | <input type="text"/>                    |
| Execução     | <input type="text"/>                    | <input type="text" value="0,00"/>      | <input type="text"/>                    | <input type="text"/>                    |

Índice de Correção **IPCA**

Valor Correção  Índice: 1,000000%

Juros  0%

Honorários  10%

Valor Total  Prognóstico ☐ Provável ☐ Valor Prognóstico

Previsão Pagto

Pagamento

| Data                                    | Valor                                  |
|-----------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="text" value="23-09-2014"/> | <input type="text" value="10.395,00"/> |

Motivo de Encerramento ☐ Acordo ☐ Especificação ☐ Mutirão de Conciliação ☐

Observação

**Cálculo de Atualização Monetária**

| Dados básicos informados para cálculo |                                         |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| Descrição do cálculo                  | 1336102                                 |
| Valor Nominal                         | R\$ 13.500,00                           |
| Indexador e metodologia de cálculo    | IGP-M - (FGV) - Calculado pro-rata die. |
| Período da correção                   | 24/07/2014 a 23/09/2014                 |
| Taxa de juros (%)                     | 1 % a.m. simples                        |
| Período dos juros                     | 24/07/2014 a 23/09/2014                 |

| Dados calculados                |            |                      |
|---------------------------------|------------|----------------------|
| Fator de correção do período    | 61 dias    | 0,997187             |
| Percentual correspondente       | 61 dias    | -0,281350 %          |
| Valor corrigido para 23/09/2014 | (=)        | R\$ 13.462,02        |
| Juros(61 dias-2,03333%)         | (+)        | R\$ 273,73           |
| Sub Total                       | (=)        | R\$ 13.735,75        |
| <b>Valor total</b>              | <b>(=)</b> | <b>R\$ 13.735,75</b> |

**Retornar   Imprimir**

**RECIBO DE PAGAMENTO JUDICIAL**  
C1/2014-10850/INV

**Juízo :** 11 Vara-Cível da Comarca de JOAO PESSOA/PB

**Processo nº :** 86056420148152001

**Autor(es) :** JUNIOR DA SILVA MEIRELES

**Réu(s) :** BRADESCO SEGUROS S.A

**Vítima(s) :** JUNIOR DA SILVA MEIRELES

**Nº Sinistro :** 2014/706522/01

**Valor Total :** R\$ 10.395,00 (Dez mil e trezentos e noventa e cinco reais)

Recebi da BRADESCO SEGUROS S.A , o(s) cheque(s) de n.º , 103649, da conta corrente n.º , 6440002, da agência de n.º , 1769, no valor individual de \$ 10.395,00 (Dez mil e trezentos e noventa e cinco reais), referente à Acordo realizado no processo em epígrafe, tendo como Autora(es) JUNIOR DA SILVA MEIRELES portadora(es) do(s) R.G.(s) de n.º 3436331, e inscrito(s) no CPF/MF de n.º 092.190.494-06 e a Ré sendo BRADESCO SEGUROS S.A .

Com o pagamento ora realizado, a (os) Autora (es) JUNIOR DA SILVA MEIRELES, através de seu advogado, Drº. GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM, que subscreve a presente, dá plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado, seja em Juízo ou fora dele.

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2014

  
GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM  
OAB/13529 - PB

048/PB 14.318



**Cálculo de Atualização Monetária**

| Dados básicos informados para cálculo |                                         |
|---------------------------------------|-----------------------------------------|
| Descrição do cálculo                  | 1336102                                 |
| Valor Nominal                         | R\$ 13.500,00                           |
| Indexador e metodologia de cálculo    | IGP-M - (FGV) - Calculado pro-rata die. |
| Período da correção                   | 24/07/2014 a 23/09/2014                 |
| Taxa de juros (%)                     | 1 % a.m. simples                        |
| Período dos juros                     | 24/07/2014 a 23/09/2014                 |

| Dados calculados                |            |                      |
|---------------------------------|------------|----------------------|
| Fator de correção do período    | 61 dias    | 0,997187             |
| Percentual correspondente       | 61 dias    | -0,281350 %          |
| Valor corrigido para 23/09/2014 | (=)        | R\$ 13.462,02        |
| Juros(61 dias-2,03333%)         | (+)        | R\$ 273,73           |
| Sub Total                       | (=)        | R\$ 13.735,75        |
| <b>Valor total</b>              | <b>(=)</b> | <b>R\$ 13.735,75</b> |

**Retornar Imprimir**

**JOÃO BARBOSA Advogados Associados**

João Barbosa  
João Martins  
Rafaela Barbosa  
Joselaine Maura  
Fernando Barbosa  
Adriana Moura  
Amanda Maia

Caroline Mançano  
Cristiane Flosi  
Cristina Ferreira  
Diego Silva  
Elisama Silva  
Evelyn Castillo  
Fellipe Carvalho

Isabel Chagas  
Jessica Correa  
Marcos Carmo  
Noemia Telxela  
Osmar Aquino  
Paloma Oliveira  
Paulo Silva

Roberto Costa  
Talsa Silva  
Tamires Farias  
Tiago Leão  
Walter Araújo

Assistentes jurídicos  
Breno Azambuja  
Carlos Eduardo  
Kellen Drummond  
Lohan Mota  
Michael Cunha  
Rita Nogueira  
Roberta Oliveira

EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA  
DE JOAO PESSOA / PB

Processo n. 86056420148152001

**BRDESCO SEGUROS S.A**, empresa seguradora previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, no autos da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT, que lhe promove **JUNIOR DA SILVA MEIRELES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V.Exa., **requerer a juntada do Recibo de Pagamento no valor de R\$ 10.395,00**

Requer também certificação de custas finais e, após o pagamento, seja expedida Certidão de Trânsito em Julgado e consequente arquivamento do feito.

Por derradeiro, requer, ainda a ré que seja observado exclusivamente o nome do advogado João Barbosa Alves Filho, OAB/PB 4246-A, para efeito de intimações futuras, sob pena de nulidade das mesmas.

Termo em que,  
Pede Juntada.

Joao Pessoa, 17 de setembro de 2014.

**João Barbosa**  
OAB/RJ 134.307

**Suelio Moreira Torres**  
OAB/RJ 15477/PB

Rua São José nº 90 grupo 810 a 812 Centro Rio de Janeiro/RJ Cep: 20010-020  
PABX: 21-3265-5600 FAX: 21-3265-5622/3265-5628  
corporativo@joaobarbosaadvass.com.br

PROTÓCOLO FORUM CIVEL 02/OUT/2014 17:01 DE:855 2



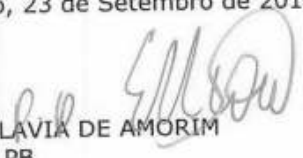
**RECIBO DE PAGAMENTO JUDICIAL**  
C1/2014-10850/INV

**Juízo :** 11 Vara-Cível da Comarca de JOAO PESSOA/PB  
**Processo nº :** 86056420148152001  
**Autor(es) :** JUNIOR DA SILVA MEIRELES  
**Réu(s) :** BRADESCO SEGUROS S.A  
**Vítima(s) :** JUNIOR DA SILVA MEIRELES  
**Nº Sinistro :** 2014/706522/01  
**Valor Total :** R\$ 10.395,00 (Dez mil e trezentos e noventa e cinco reais)

Recebi da BRADESCO SEGUROS S.A , o(s) cheque(s) de n.º , 103649, da conta corrente n.º , 6440002, da agência de n.º , 1769, no valor individual de \$ 10.395,00 (Dez mil e trezentos e noventa e cinco reais), referente à Acordo realizado no processo em epígrafe, tendo como Autora(es) JUNIOR DA SILVA MEIRELES portadora(es) do(s) R.G.(s) de n.º 3436331, e inscrito(s) no CPF/MF de n.º 092.190.494-06 e a Ré sendo BRADESCO SEGUROS S.A .

Com o pagamento ora realizado, a (os) Autora (es) JUNIOR DA SILVA MEIRELES, através de seu advogado, Drº. GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM, que subscreve a presente, dá plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado, seja em Juízo ou fora dele.

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2014

  
GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM  
OAB/13529 - PB

048/PB 15.318



---

---

ANEXO I

---

CHECK LIST

---

|                                                |                                               |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Comprovante de Pagamento/Depósito da obrigação | ( X ) Sim ( ) Nao                             |
| Despacho com determinação de arquivamento      | (X ) Sim ( ) Nao                              |
| Pagamento de honorários periciais              | ( ) Sim ( ) Nao (X ) NA                       |
| Pagamento de honorários advocatícios           | (X ) Sim ( ) Nao ( ) NA                       |
| Pagamento de custas finais                     | (X ) Sim ( ) Nao ( ) NA                       |
| Existencia de bloqueio penhora de bens         | ( ) Sim ( X ) Nao                             |
| Baixa de Apólice de seguro garantia            | ( ) Sim ( ) Nao (X ) NA                       |
| Desbloqueio realizado                          | ( ) Sim ( ) Nao (X ) NA - data do desbloqueio |
| Devolução judicial                             | ( ) Sim ( ) Nao (X ) NA                       |
| Principais peças acostadas no gestor           | (X ) Sim ( ) Nao                              |

Declaro que são verdadeiras as informações acima, assumindo toda e qualquer responsabilidade.

Data: 23/09/2014

Responsável pelo encerramento da pasta: ANTONIO PEREIRA.

---



|     |     |      |   |   |           |    |       |            |    |    |                   |
|-----|-----|------|---|---|-----------|----|-------|------------|----|----|-------------------|
| 001 | 001 | 1769 | 8 | 4 | 844.000-2 | 02 | Série | Cheque N.º | C3 | RS | R\$*****10.395,00 |
| 001 | 001 | 1769 | 0 | 0 | 844.000-2 | 02 | 002   | 103649     | 1  |    |                   |

Pague por este cheque a quantia de \*\*\*\*\*DEZ MIL E TREZENTOS E NOVENTA E CINCO REAIS\*\*\*\*\*

JUNIOR DA SILVA MEIRELES

RIO DE JANEIRO 22 de SETEMBRO de 2014

**BANCO DO BRASIL**

EMPRESAS ENDANTAS  
00.000.000/4374-50  
64-FLEXIBILIZAE O TARIFA  
Confeccao: 07/2014

SLUAMNDORA LIGER DO CONSUMIDOR DO SEGURO OPVAT  
7601 09 248 600/0004-04  
CLIENTE BANCARIO DESDE 12/2007

103649/ISA/8902/1/201470652201/000860564201481  
JUIZO DE DIREITO DA 11ª VARA CIVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA

2014-10850

000117697 0011036495A 707064400026



**JOÃO BARBOSA Advogados Associados**

João Barbosa  
João Martins  
Rafaela Barbosa  
Joselaine Maura  
Fernando Barbosa  
Adriana Moura  
Amanda Maia

Caroline Mançano  
Cristiane Flosi  
Cristina Ferreira  
Diego Silva  
Elisama Silva  
Evelyn Castillo  
Felipe Carvalho

Isabel Chagas  
Jessica Correa  
Marcos Carmo  
Noemia Teixeira  
Osmar Aquino  
Paloma Oliveira  
Paulo Silva

Roberto Costa  
Taisa Silva  
Tamires Farias  
Tiago Leão  
Walter Araújo

Assistentes jurídicos  
Breno Azambuja  
Carlos Eduardo  
Kellen Drummond  
Lohan Mota  
Michael Cunha  
Rita Nogueira  
Roberta Oliveira

EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA  
DE JOAO PESSOA / PB

Processo n. 86056420148152001

**BRDESCO SEGUROS S.A**, empresa seguradora  
previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe,  
neste ato, representada, por seus advogados que esta  
subscreve, no autos da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT,  
que lhe promove **JUNIOR DA SILVA MEIRELES**, em trâmite  
perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui  
respeitosamente, à presença de V.Exa., **requerer a juntada**  
**da inclusa guia de recolhimento de custas finais no valor**  
**de R\$ 462,51 ( Quatrocentos e Sessenta e Dois reais e**  
**Cinquenta e Um centavos ), para que surta os devidos**  
**efeitos legais.**

Requer também que seja expedida Certidão de Trânsito  
em Julgado e consequente arquivamento do feito.

Termo em que,  
Pede Juntada.

JOAO PESSOA, 12 de setembro de 2014.

João Barbosa  
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES  
OAB 15477/PB

Rua São José nº 90 grupo 810 a 812 Centro Rio de Janeiro/RJ Cep: 20010-020  
PABX: 21-3265-5600 FAX: 21-3265-5622/3265-5628  
corporativo@joaobarbosaadvass.com.br

PROTOCOLADO FORUM CIVEL 15/SET/2014 16:00 046473 2



03/05/2014 16:27:13 0401 Taxas 1º 6.688/98

03/05/2014 481212327 - BANCO DO BRASIL

Estado da Paraíba

Via Parte

Guia nº

Conta FEPJ 28/06/201

Convenio TRIBUNAL DE JUSTICA-PB

Código de Barras 86620200004-4 62510926310-8 0008605-64.2014.815.2001 200.2014.360531-5

Data do pagamento 03/09/2014

Valor em Dinheiro 402,51

Valor em Cheque 0,00

Valor Total 402,51

1.270,001.Fin.2F1-IBA

PAGAVEL APENAS NOS CAIXAS DAS AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL S/A ATÉ A DATA DO VENCIMENTO.

O NÃO PAGAMENTO DA GUIA ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO IMPLICA NO SEU CANCELAMENTO.

Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas

Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

Via Processo

Guia nº

Conta FEPJ 25/08/201

JOAO PESSOA 0008605-64.2014.815.2001 200.2014.360531-5

CUSTAS PREVIAS A FINAL

PROCEDIMENTO SUMARIO - 13.500,00

PAGAVEL APENAS NOS CAIXAS DAS AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL S/A ATÉ A DATA DO VENCIMENTO.

O NÃO PAGAMENTO DA GUIA ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO IMPLICA NO SEU CANCELAMENTO.

Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas

Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

Via Central de Guias

Guia nº

Conta FEPJ 28/08/201

JOAO PESSOA 0008605-64.2014.815.2001 200.2014.360531-5

CUSTAS PREVIAS A FINAL

PROCEDIMENTO SUMARIO - 13.500,00

PAGAVEL APENAS NOS CAIXAS DAS AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL S/A ATÉ A DATA DO VENCIMENTO.

O NÃO PAGAMENTO DA GUIA ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO IMPLICA NO SEU CANCELAMENTO.



|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|------------------|
|  <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 |                          |                   | Vencimento       |
| Via Parte                                                                                                                                                                                                                     |                          |                   | 05/09/201        |
| Comarca                                                                                                                                                                                                                       | Processo                 | Guia nº           | Data da Emissão  |
| JOAO PESSOA                                                                                                                                                                                                                   | 0008605-64.2014.815.2001 | 200.2014.360531-5 | 28/08/201        |
| CUSTAS PREVIAS A FINAL<br>PROCEDIMENTO SUMARIO - 13.500,00                                                                                                                                                                    |                          |                   | Conta FEPJA      |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | Taxa Judiciária  |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | 16187/219472     |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | Custas Judiciais |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | 77,9             |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | Diligências      |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | 383,2            |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | Tarifa Bancária  |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | 0,0              |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | Total            |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | 1,3              |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | 462,5            |

PAGÁVEL APENAS NOS CAIXAS DAS AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL S/A ATÉ A DATA DO VENCIMENTO.  
O NÃO PAGAMENTO DA GUIA ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO IMPLICA NO SEU CANCELAMENTO.

|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|------------------|
|  <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 |                          |                   | Vencimento       |
| Via Processo                                                                                                                                                                                                                  |                          |                   | 05/09/201        |
| Comarca                                                                                                                                                                                                                       | Processo                 | Guia nº           | Data da Emissão  |
| JOAO PESSOA                                                                                                                                                                                                                   | 0008605-64.2014.815.2001 | 200.2014.360531-5 | 28/08/201        |
| CUSTAS PREVIAS A FINAL<br>PROCEDIMENTO SUMARIO - 13.500,00                                                                                                                                                                    |                          |                   | Conta FEPJA      |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | Taxa Judiciária  |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | 16187/219472     |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | Custas Judiciais |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | 77,9             |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | Diligências      |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | 383,2            |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | Tarifa Bancária  |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | 0,0              |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | Total            |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | 1,3              |
|                                                                                                                                                                                                                               |                          |                   | 462,5            |

PAGÁVEL APENAS NOS CAIXAS DAS AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL S/A ATÉ A DATA DO VENCIMENTO.  
O NÃO PAGAMENTO DA GUIA ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO IMPLICA NO SEU CANCELAMENTO.

|                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                   |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------|------------------|
|  <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 |                          |                   | Vencimento       |
| Via Central de Guias                                                                                                                                                                                                            |                          |                   | 05/09/201        |
| Comarca                                                                                                                                                                                                                         | Processo                 | Guia nº           | Data da Emissão  |
| JOAO PESSOA                                                                                                                                                                                                                     | 0008605-64.2014.815.2001 | 200.2014.360531-5 | 28/08/201        |
| CUSTAS PREVIAS A FINAL<br>PROCEDIMENTO SUMARIO - 13.500,00                                                                                                                                                                      |                          |                   | Conta FEPJA      |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                   | Taxa Judiciária  |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                   | 16187/219472     |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                   | Custas Judiciais |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                   | 77,9             |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                   | Diligências      |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                   | 383,2            |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                   | Tarifa Bancária  |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                   | 0,0              |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                   | Total            |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                   | 1,3              |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                          |                   | 462,5            |

PAGÁVEL APENAS NOS CAIXAS DAS AGÊNCIAS DO BANCO DO BRASIL S/A ATÉ A DATA DO VENCIMENTO.  
O NÃO PAGAMENTO DA GUIA ATÉ A DATA DO SEU VENCIMENTO IMPLICA NO SEU CANCELAMENTO.

|                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                               |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|
|  <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 |                   |                                               | Vencimento                              |
| Via Banco                                                                                                                                                                                                                       |                   |                                               | 05/09/201                               |
| Comarca                                                                                                                                                                                                                         | Guia nº           | Tarifa Bancária                               | FEPAAG 1618-7 CIC 0036413               |
| JOAO PESSOA                                                                                                                                                                                                                     | 200.2014.360531-5 | 1,35                                          | Ratificação Custas Ag. 1618-7/C33 462,5 |
| 866200000044 625109283188 520140905206 020143605317                                                                                                                                                                             |                   | Conta Diligência                              | 7,1                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                   | 5% Ação Rescisória Ag. 011-6 CIC 010-001185-3 | 0,0                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                 |                   | Total                                         | 462,5                                   |



## CHECK LIST - MUTIROS DPVAT

|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                |                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| ESCRITÓRIO: <b>JB</b>                                                                                     | DATA DA AUDIÊNCIA: <b>28/08/24</b>                                                                                                                                             | GPROC: <b>7336102</b>                                                           |
| ESCRITÓRIO QUE REALIZOU A AUDIÊNCIA: <b>58</b>                                                            |                                                                                                                                                                                |                                                                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> O MESMO <input type="checkbox"/> OUTRO                                |                                                                                                                                                                                |                                                                                 |
| <b>11</b> <input checked="" type="checkbox"/> VC <input type="checkbox"/> JEC <input type="checkbox"/> TJ | COMARCA: <b>5070 PESSOA</b>                                                                                                                                                    | UF: <b>PB</b>                                                                   |
| AUTOR                                                                                                     | NOME: <b>JUNIOR DA SILVA MEIRELES</b>                                                                                                                                          |                                                                                 |
| PROCESSO                                                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO <input type="checkbox"/> REP. LEGAL                                                           |                                                                                 |
| VÍTIMA                                                                                                    | NOME:                                                                                                                                                                          |                                                                                 |
| OBJETO                                                                                                    | <input type="checkbox"/> INCAPAZ <input type="checkbox"/> MENOR                                                                                                                |                                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> MORTE <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ                                                                                                   | DATA DO SINISTRO: <b>04/10/23</b>                                               |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> REEMBOLSO DE DAMS                                                                                                                                     |                                                                                 |
| LAUDO NOS AUTOS?                                                                                          | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> JUDICIAL <input type="checkbox"/> PARTICULAR <input type="checkbox"/> MUTIRÃO ANTERIOR      |                                                                                 |
| LESÃO APUURADA NO LAUDO ANTERIOR AO MUTIRÃO:                                                              | <input type="checkbox"/> OUTROS:                                                                                                                                               |                                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%                              |                                                                                 |
| AVALIAÇÃO MÉDICA NO MUTIRÃO:                                                                              | 1. <b>NÃO GRA</b> <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input checked="" type="checkbox"/> 100% |                                                                                 |
|                                                                                                           | 2. <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%                           |                                                                                 |
|                                                                                                           | 3. <input type="checkbox"/> 10% <input type="checkbox"/> 25% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> 75% <input type="checkbox"/> 100%                           |                                                                                 |
| EMPRESA MÉDICA                                                                                            | <input type="checkbox"/> ATPE <input type="checkbox"/> CNIS <input type="checkbox"/> MS MOZES <input type="checkbox"/> IMEP                                                    |                                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SALEK <input type="checkbox"/> EXTRAMED <input checked="" type="checkbox"/> ACE <input type="checkbox"/> SAUDESEG                                     |                                                                                 |
| DATA DO ÓBITO: <b>___/___/___</b>                                                                         | CERTIDÃO DE ÓBITO                                                                                                                                                              | BENEFICIÁRIOS:                                                                  |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> FILHOS                |
|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> OUTROS:                                                |
|                                                                                                           | QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS:                                                                                                                                                   |                                                                                 |
| <b>MUTIRÃO DE CONCILIAÇÃO DPVAT</b>                                                                       | ACORDO                                                                                                                                                                         | MOTIVOS PARA NÃO REALIZAÇÃO DO ACORDO                                           |
|                                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> SIM                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> AUTOR NÃO COMPARECEU                                   |
|                                                                                                           | Valor Total do acordo:                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> LITSPENDENCIA                                          |
|                                                                                                           | RS: <b>10.395,00</b>                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> NÃO ACEITOU PROPOSTA                                   |
|                                                                                                           | PM.: <b>9.450,00</b>                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SINISTRO PAGO ADMINISTRATIVAMENTE                      |
|                                                                                                           | GRU.: <b>945,00</b>                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> ILEGITIMIDADE ATIVA                                    |
|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> PRESCRIÇÃO                                             |
|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> VÍTIMA AINDA EM TRATAMENTO                             |
|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> VÍTIMA SOFREU O ACIDENTE MAS NÃO HÁ LESÃO              |
|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> SENTENÇA DE EXTINÇÃO SEM RESOLUÇÃO DE MÉRITO NOS AUTOS |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SINISTRO NÃO É DE RESPONSABILIDADE DO CONSÓRCIO                                                                                                       |                                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> JÁ EXISTE PAGAMENTO JUDICIAL NOS AUTOS                                                                                                                |                                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> JÁ EXISTE PAGAMENTO JUDICIAL EM OUTRO PROCESSO                                                                                                        |                                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA COM TRÂNSITO NOS AUTOS                                                                                                      |                                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA SEM TRÂNSITO NOS AUTOS                                                                                                      |                                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> NÃO É ACIDENTE CAUSADO POR VEÍCULO AUTOMOTOR                                                                                                          |                                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> VÍTIMA POSSUI LESÃO MAS NÃO HÁ NEXO COM O ACIDENTE                                                                                                    |                                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> REGULAÇÃO 2 (AUSENCIA DE PAGAMENTO DO DUT)                                                                                                            |                                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> REGULAÇÃO 8                                                                                                                                           |                                                                                 |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> OUTROS                                                                                                                                                |                                                                                 |
|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                |                                                                                 |
| PAGAMENTO ADMINISTRATIVO                                                                                  | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                      |                                                                                 |
| NATUREZA DO SINISTRO:                                                                                     | <input type="checkbox"/> 1 - MORTE <input type="checkbox"/> 2 - INVALIDEZ <input type="checkbox"/> 3 - DAMS <input type="checkbox"/> OUTRA                                     |                                                                                 |
| VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:                                                                        | RS: <b>NÃO</b>                                                                                                                                                                 | NAT:                                                                            |
|                                                                                                           | DATA DO PGTO: <b>___/___/___</b>                                                                                                                                               |                                                                                 |
| VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:                                                                        | RS:                                                                                                                                                                            | NAT:                                                                            |
|                                                                                                           | DATA DO PGTO: <b>___/___/___</b>                                                                                                                                               |                                                                                 |
| PAGAMENTO JUDICIAL                                                                                        | RS:                                                                                                                                                                            | NAT:                                                                            |
| NATUREZA DO PGTO (TELA 30):                                                                               |                                                                                                                                                                                |                                                                                 |
|                                                                                                           |                                                                                                                                                                                | RUBRICA LÍDER: <b>[assinatura]</b>                                              |





**Poder Judiciário**  
**Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba**  
**Núcleo Permanente de Métodos Consensuais de Solução de Conflitos**  
**MUTIRÃO DPVAT – JOÃO PESSOA / 2014 – 2ª Edição**

**Banca: 13**

**Processo nº: 0008605-64.2014.815.2001**

**Vara de Origem: 11a. VARA CÍVEL- JOÃO PESSOA-PB**

**Requerente: Junior da Silva Meireles** CPF 092.190.494-06

**Advogado: Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo** OAB-PB: 14.318

**Requerido: SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A.**

CNPJ nº 09.248.608/0001-04

**Preposto da Seguradora:**

**JB- PALOMA BAPTISTA DE OLIVEIRA**

CPF:118.807.567-57

**Advogado da Seguradora:**

**ANDRÉ LUIZ FERREIRA VASCONCELOS SOBRINHO**

OAB/PB 18.747

**Valor Total do acordo:10.395,00 (dez mil trezentos e noventa e cinco reais)**

Valor da parte requerente:9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)

Valor dos honorários do advogado:945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais)

As partes acima identificadas, todos representados neste momento por seus advogados ao final assinados, declaram, ratificam e firmam neste TERMO DE ACORDO, TRANSAÇÃO, PAGAMENTO E QUITAÇÃO, em caráter irrevogável e irretratável, têm justo e reciprocamente aceito e fixado o seguinte:

Com o objetivo de dar fim à Ação de Cobrança de Seguro Obrigatório – DPVAT acima identificada, relativo a indenização decorrente de acidente de trânsito, em trâmite perante o Juízo apontado neste termo, proposta pelo Autor em face da Ré, as partes, por mútua e recíproca vontade, resolvem compor-se amigavelmente, estipulando, de comum acordo:

I. O pagamento da quantia total do acordo de **R\$10.395,00 (dez mil trezentos e noventa e cinco reais)** será efetuado através de um único cheque administrativo emitido em nome da parte autora da ação.

II. Pelo presente termo, fica acordado que a SEGURADORA pagará à parte autora a quantia total para a quitação integral de todos os pedidos deduzidos na exordial, sendo que, do mencionado valor, serão pagos a título de principal, verba esta que corresponde ao pedido da parte autora, já devidamente acrescida de correção monetária, juros de mora e demais obrigações pecuniárias e acessórias, e a quantia relativa ao pagamento dos honorários advocatícios de sucumbência.

III. O pagamento será realizado no prazo máximo de 45 dias úteis a contar do protocolo do presente TERMO DE COMPOSIÇÃO AMIGÁVEL.

O montante transacionado e ora discriminado no item anterior, corresponde ao valor principal, honorários advocatícios, acréscimos legais e acessórios, a título de pagamento único, amplo, final e total, pertinente a todos e quaisquer direitos e valores correspondentes à ação supracitada.

Devem os patronos da causa, quando dos recebimento dos valores aqui acordados, procederem com o repasse nos exatos termos das quantias estabelecidas neste termo, sob pena de incidência do crime de apropriação indébita, conforme art. 168, § 1º, III, do Código Penal, sem prejuízo a infração disciplinar disposta no art. 34, XXI da Lei nº. 8.906/94.

É de se ressaltar que a transação realizada nos autos do processo em epígrafe não gera qualquer tipo de precedente, não obrigando a Ré ou qualquer Seguradora integrante do “Consórcio DPVAT”, a celebrar acordo em processos judiciais similares ao ora tratado.



Fica pactuado ainda, entre as partes, que 50% (cinquenta por cento) das custas do processo será pago pela **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, no prazo de 10(dez) dias úteis, a contar desta data.

Os 50% (cinquenta por cento) restantes serão pagos pela parte autora, caso não seja beneficiária da Justiça Gratuita, nos termos do art. 12, da Lei nº 1060/50.

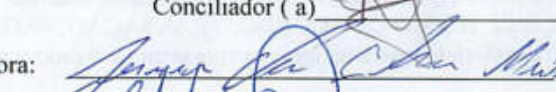
Quando do pagamento e recebimento discriminado, como por força deste TERMO DE ACORDO, TRANSAÇÃO, PAGAMENTO E QUITAÇÃO, o Autor dará a Ré a mais ampla, plena, rasa, total, geral, irrevogável e irrevogável quitação, para nada mais reclamar, seja a que título for, em Juízo ou fora dele, sob qualquer fundamento e alegação, valores oriundos do acidente automobilístico descrito na inicial, tendo sido vitimado o promovente citado na inicial, relativo à indenização por invalidez, correspondente ao Seguro Obrigatório de Veículos.

Sem prejuízo do exposto, em apreço ao Princípio da Eventualidade, requer ainda a Ré:

- o desbloqueio de contas caso tenham sido bloqueadas on-line;
- a baixa de eventual penhora, no caso de bens já penhorados;
- recolhimento do mandado de penhora e intimação de execução, caso já tenham sido expedidas por este d. Juízo.

Assim sendo, e estando as partes ajustadas e acordadas, sem nenhuma ressalva e oposição, ratificam o inteiro teor deste TERMO DE ACORDO, TRANSAÇÃO, PAGAMENTO E QUITAÇÃO, valendo para todos os efeitos legais, inclusive com relação ao encerramento definitivo e, respectiva baixa da ação acima referida, fazendo coisa julgada.

Termos em que pede deferimento.

|                                                                                                      |                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Conciliador ( a )  |                                                                                                   |
| Parte Autora:     | Seguradora:  |
| Advogado:         | Advogado:    |

**HOMOLOGAÇÃO JUDICIAL (Mutirão do DPVAT)**

Homologo por **SENTENÇA**, para que produzam os seus jurídicos e legais efeitos, o acordo supra, extinguindo o processo com resolução do mérito e assim o faço com fulcro no art. 269, III, do Código de Processo Civil.

Homologo ainda a renúncia do prazo recursal requerido pelas partes.

Se houver necessidade, expeçam-se os devidos alvarás.

Partes de logo intimadas. Publicada neste ato. Registre-se.

Comprovado o pagamento das custas processuais, archive-se com a devida baixa.

João Pessoa, 28 de agosto de 2014.

**Magistrados**

  
**Juiz Bruno César de Azevedo Isidro**

**Juiz Fábio Leandro de Alencar Cunha**

**Juiz Wladimir Alcibiades Marinho Falcão Cunha**

**Juíza Lua Yamaoka Mariz Maia**

**Juíza Marias das Graças Fernandes Duarte**

**Processo nº: 0008605-64.2014.815.2001**



PROCESSO Nº 0008605 - 64.2014.815.200.1

Distribuído em  
20/03/2014

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE CONCILIAÇÃO**

(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/194)

PERITO \_\_\_\_\_  
BANCA \_\_\_\_\_  
Manhã ☒ Tarde

Nome completo: Junior da Silva Meireles  
CPF: 092.190.494-06  
Endereço completo: R. São Seixas, 65, Roger, João Pessoa - PB

**Informações do acidente**

Local: Via localizada no bairro dos Novais, Nesta  
Data do Acidente: 04/10/2013

**Concordância com a realização da avaliação médica**

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de conciliação em razão do processo judicial n.º \_\_\_\_\_, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 11ª Vara Cível ou JEC da Comarca de Capital.

João Pessoa/PB, 28/08 / 2014.

Junior da Silva Meireles  
Assinatura da vítima

**Avaliação Médica**

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim ☐ Não ☐ Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(regiões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Mão E

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Fraturas graves e neuroma de dedo - Cirúrgicas

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim ☒ Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

\_\_\_\_\_



IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ disfunções apenas temporárias  
b) ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Perda da função da mão, incluindo apreensão, pinça e grande dificuldade de força.

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento, faz-se necessário exame complementar?

☐ Sim, em que prazo:

☒ Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa do item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptíveis a tratamento como sendo gerador(es) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) ☒ Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).  
Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1 ☒ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima). MAS É

b.2 ☐ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais) segmento(s) corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 8.194/74 com relação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

| Segmento anatômico |  | Marque aqui o percentual              |                                   |                                    |                                      |
|--------------------|--|---------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| 1º Lesão           |  | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 2º Lesão           |  | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 3º Lesão           |  | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |
| 4º Lesão           |  | <input type="checkbox"/> 10% Residual | <input type="checkbox"/> 25% Leve | <input type="checkbox"/> 50% Média | <input type="checkbox"/> 75% Intensa |

Observação: Havendo acordo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentado:

Local e data da realização do exame médico:

Caravello, 28.08.14

Assinatura do médico - CRM

Felipe Teodoro Silva  
Ouro Preto - Minas Gerais  
CRM 5349-05

Gestão de Saúde  
Ouro Preto  
28/08/2014

**JOÃO BARBOSA Advogados Associados**

João Barbosa  
João Martins  
Rafaela Barbosa  
Joselaine Maura  
Fernando Barbosa  
Adriana Moura  
Amanda Maia

Caroline Mançano  
Cristiane Flosi  
Cristina Ferreira  
Diego Silva  
Elisama Silva  
Evelyn Castillo  
Fellipe Carvalho

Isabel Chagas  
Jessica Correa  
Marcos Carmo  
Noemia Teixeira  
Osmar Aquino  
Paloma Oliveira  
Paulo Silva

Roberto Costa  
Taisa Silva  
Tamires Farias  
Tiago Leão  
Walter Araújo

Assistentes jurídicos  
Breno Azambuja  
Carlos Eduardo  
Kellen Drummond  
Lohan Mota  
Michael Cunha  
Rita Nogueira  
Roberta Oliveira

EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE  
JOAO PESSOA / PB

**Súmula 474 STJ:**

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

Processo.: 0008605-64.2014.815.2001

**BRADERCO SEGUROS S.A.**, empresa seguradora com sede à Avenida Paulista, nº 1415, Bela Vista, São Paulo/SP, CEP 01311-200, inscrita no CNPJ sob nº 33.055.146/0001-93 e **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, na qualidade de substituta legal a ser posteriormente aduzida, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-0, neste ato representada por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JUNIOR DA SILVA MEIRELES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., com fulcro nos artigos 300 e seguintes da Lei nº Adjetiva Civil, e, demais cominações legais pertinentes à espécie, apresentar sua

**CONTESTAÇÃO**

consoante as razões de fato e de direito que passa a expor:

**DOS FATOS ALEGADOS NA PEÇA VESTIBULAR**

Alega a Autora em sua peça vestibular, que em **04.10.2013** foi vítima de acidente automobilístico, restando **permanentemente inválido**.



PROTOCOLO FORUM CÍVEL 12/180/2014 15:13 082206 2



MORAIS & AMORIM ADVOGADOS

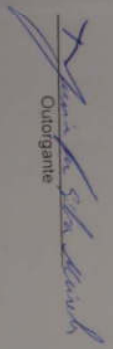
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

  
AUTORGANTE: JUNIOR DA SILVA MEIRELES, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços gerais, com CPF de nº 092.150.459-06, residente na rua Ivo Soares, nº 85, Róger, João Pessoa - Paraíba

OUTORGADOS: Giuliana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, portadora do CPF nº 011197394-09 e/ou, Eneias Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14316, portador do CPF nº 056310264-06, com endereço profissional na Av. João Machado, 553, sala 127, Empresarial Plaza Center, Centro, João Pessoa/PB, onde recebe intimações, podendo atuar em conjunto ou separadamente.

**PODERES:** O outorgante concede procuração geral para o foro competente artigo 38 do CPC, bem como os poderes da cláusula "ad judicium" e os poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, dar quitação, receber, inclusive alvarás judiciais, perante qualquer instituição, inclusive financeiras, firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, representar junto às instituições, sociedades de economia mista, federais, estaduais e municipais, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito privado ou pessoas físicas em geral, podendo substabelecer, e, finalmente praticar todos os demais atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato.

João Pessoa, 14 de março de 2014.

  
Outorgante

Av. João Machado, 553 - Sala 127 - Empresarial Plaza Center - Centro - João Pessoa - PB  
Praça Venâncio Neves, 21 - Centro - Santa Rita - PB  
Telefones: (33) 3082-1329 / (33) 3129-1074.



**DECLARAÇÃO DE POBREZA**

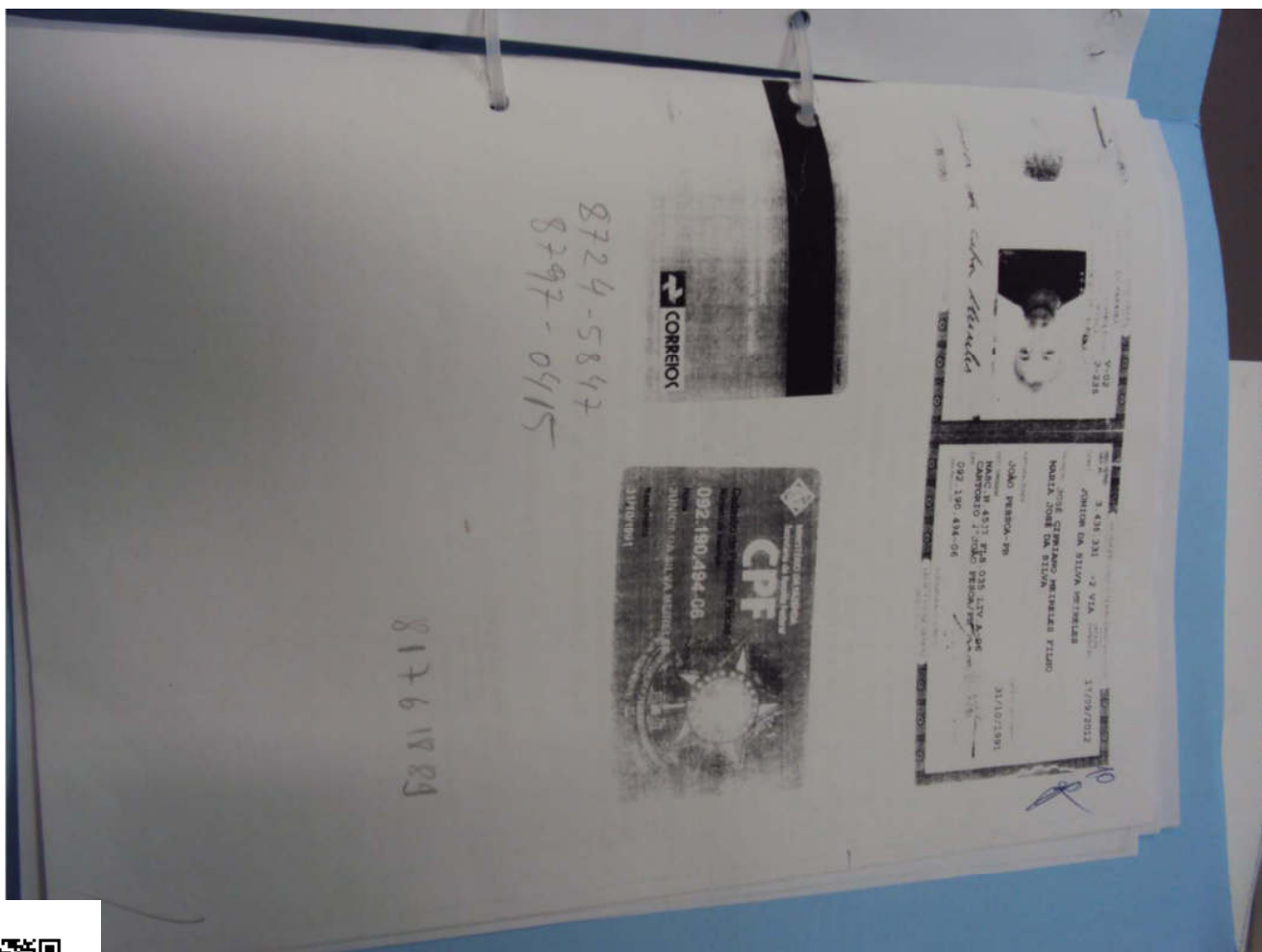
JÚNIOR DA SILVA MEIRELES, declara, para os fins do art. 7.º, III, de 29 de Agosto de 1963, que não possui condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio ou da família.

João Pessoa, 14 de MARÇO de 2014

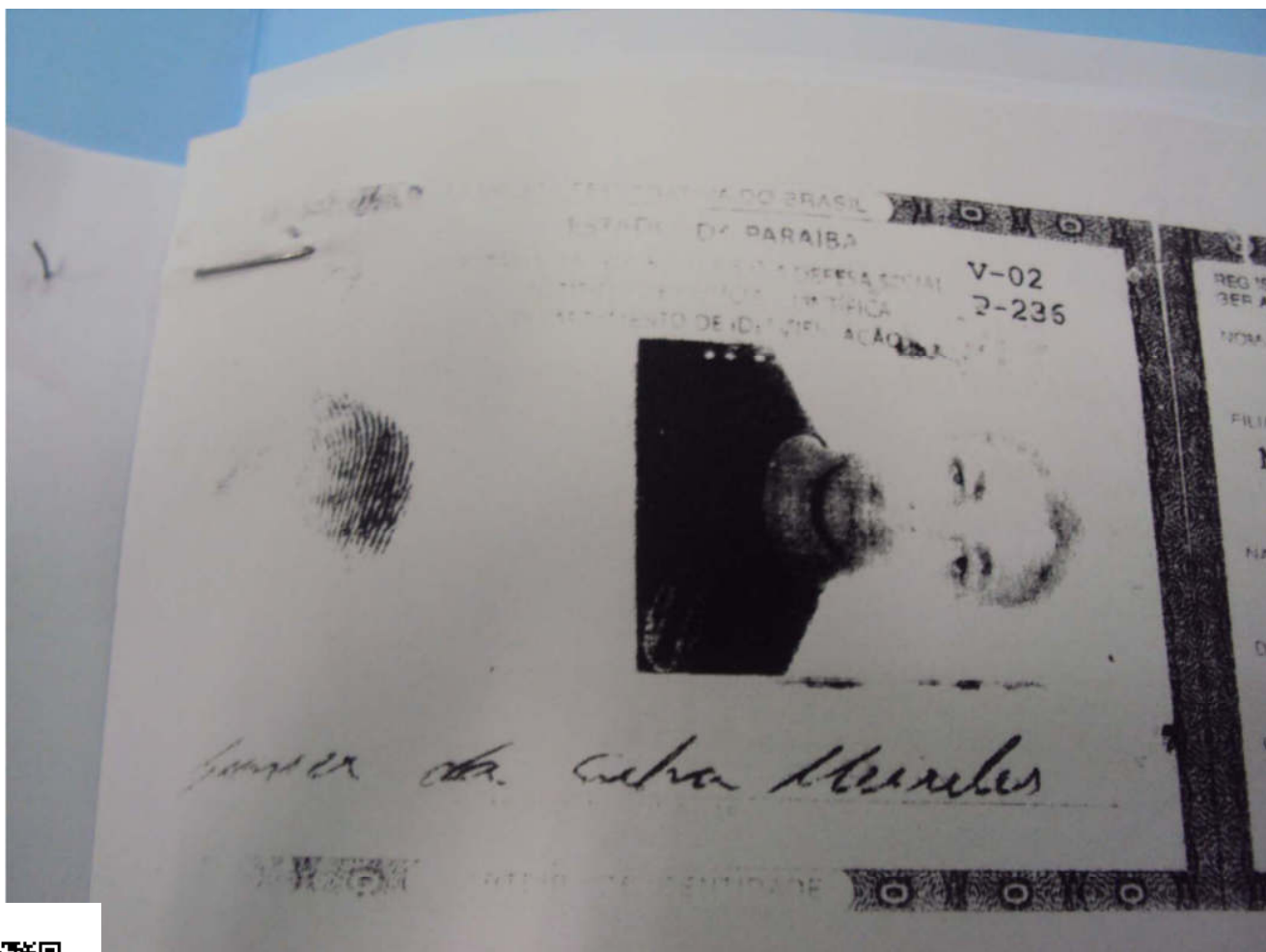
DECLARANTE

*Junior da Silva Meireles*









VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 3.436.331 -2 VIA DATA DE  
EXPEDIÇÃO 17/09/2012

NOME JÚNIOR DA SILVA MEIRELES

FILIAÇÃO JOSÉ CIPRIANO MEIRELES FILHO  
MARIA JOSÉ DA SILVA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

JOÃO PESSOA-PB 31/10/1991

DOC ORIGEM

NASC.N.4537 FLS.035 LIV.A-06  
CARTORIO 2º JOÃO PESSOA/PB

CPF

092.190.494-06

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 641/2014**

Aos catorze dias do mês de março do ano de dois mil e catorze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa do Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 14:55h, compareceu o (a) Senhor (a): **JUNIOR DA SILVA MEIRELES**, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, solteiro, com 22 anos de idade, Auxiliar de Serviços Gerais, Ensino Fundamental, filho de José Cipriano Meireles Filho e de Maria José da Silva, RG. 3.436.331-SSP/PB, residente na Rua Vitor Soares nº 66, Roger, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 03/03/14, por volta das 18:00h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/BIZ 125 RS, cor prata, ano 2007, de placa MNK-8482/PB, chassi nº 9C2JA04107R025285, registrada em nome de Ingrid da Conceição Souza, por uma via que fica localizada no Bairro dos Novais, nesta cidade de João Pessoa, após ter sido atingido por um veículo tipo caminhão, o notificante caiu no solo, tendo este sofrido trauma da mão esquerda, sendo socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notifica o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 14 de março de 2014.

Notificante

Escrivão

Carlos Antônio Lourenço Filho  
Escrivão da Polícia Civil  
Matr. 135.802-9

Requisição de exame nº 142/2014  
Exame requisitado: TRAUMATOLOGICO  
Autoridade requisitante: Fernando Barbosa de Carvalho  
Remeter o laudo para Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital  
João Pessoa (PB), 14 de março de 2014.  
OBS:

Senhor Gerente,

Solicito de Vossa Senhoria que seja submetida a exame traumatólogo a pessoa abaixo mencionada:

- ❖ Nome: JUNIOR DA SILVA MEIRELES
- ❖ Nacionalidade: Brasileiro
- ❖ Naturalidade: João Pessoa/PB
- ❖ Estado civil: solteiro
- ❖ Idade: 22 anos
- ❖ Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais
- ❖ Escolaridade: Ensino Fundamental
- ❖ Filiação: José Cipriano Meireles Filho e de Maria José da Silva
- ❖ Documento de Identidade: 3.436.331-SSP/PB
- ❖ Endereço: Rua Ivo Soares, nº 65, Roger, nesta capital
- ❖ Telefone: (83)

Histórico: Vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 04/10/13, por volta das 18:00h, quando via que fica localizada no Bairro dos Novais, nesta cidade de João Pessoa.

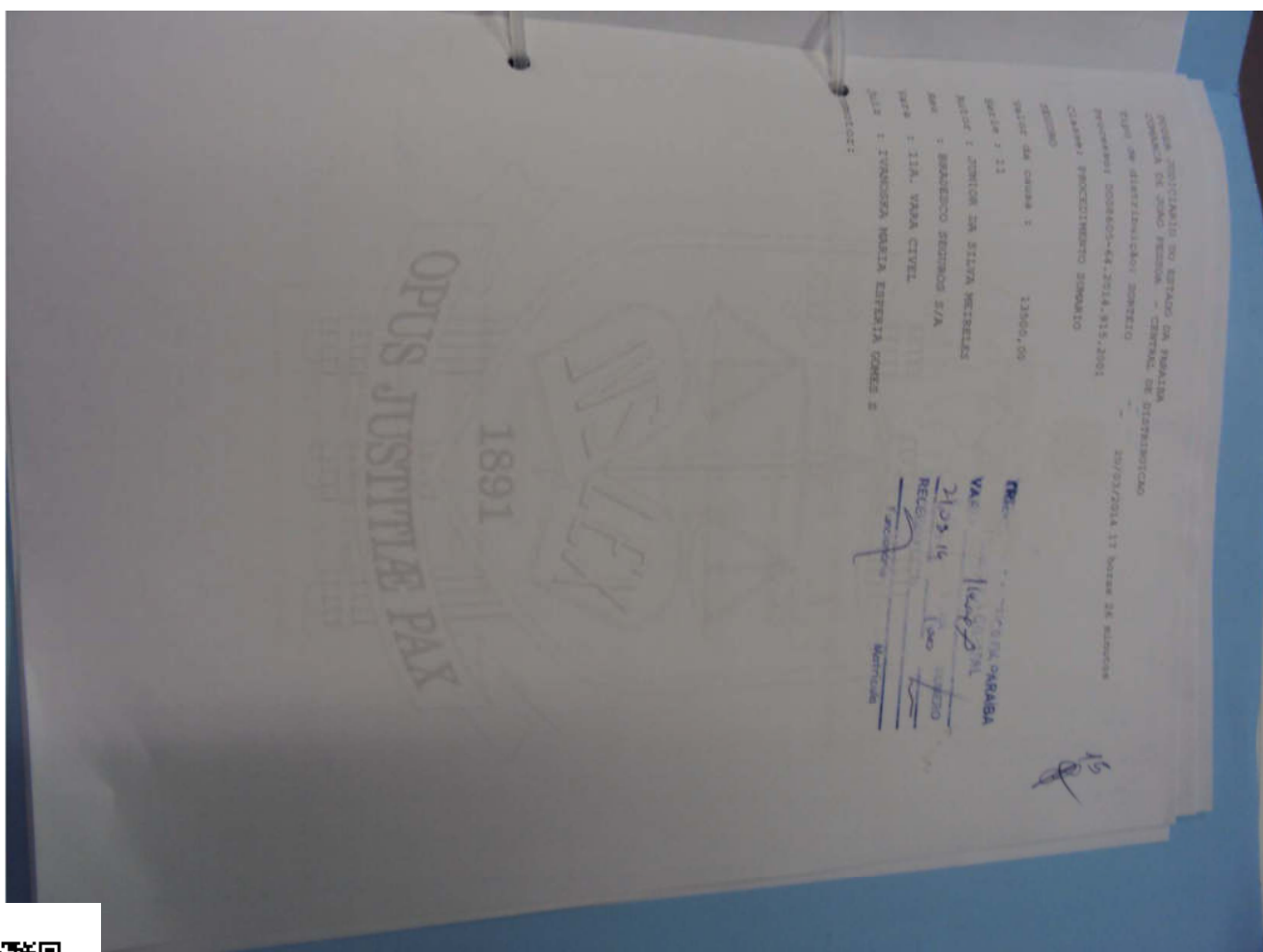
Fernando Barbosa de Carvalho  
Delegado de Polícia Civil

Ilustríssimo Senhor  
Dr. Fábio de Almeida Gomes  
MD. Gerente Executivo de Medicina e  
Odontologia Legal/CEMOL/SEDS.



| GOVERNHO DO ESTADO DA PARANÁ<br>SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE<br>HOSPITAL DE ESPECIALIDADE E TRAUMA MARCOS MARINHO LUCENA<br>Divisão Médica                                                                                                                                                                               |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>LAUDO MÉDICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                         |
| <b>INFORMAÇÕES PESSOAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                         |
| NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | JUNIOR DA SILVA MEIRELES                |
| DATA DE NASCIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 31/10/81                                |
| NOME DA MÃE                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | MARIA JOSÉ DA SILVA                     |
| <b>DADOS EXTRAÍDOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                         |
| SOLETIM DE ENTRADA N.º                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 716.679                                 |
| PROTÓTIPO N.º                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 77.279                                  |
| DATA DO ATENDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 04/10/13                                |
| HORA DO ATENDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 20:51                                   |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ACIDENTE DE MOTOCICLETA                 |
| DIAGNÓSTICO (S)                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TRAUMA DA MÃO ESQUERDA                  |
| CID 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | V 23 + S 62.5 1 + S 66.3 1              |
| <b>AValiação Inicial:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                         |
| PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO VEÍCULO X MOTO, COM TRAUMA EM MÃO ESQUERDA, SEMI-AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA EM 4º DDE COM FRATURA EXPOSTA, QUADRADO                                                                                                                                                       |                                         |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |
| <b>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                         |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |
| DA MÃO ESQUERDA, APROB. RELATO MÉDICO: FRATURA DE FALANGE PROXIMAL DO 4º DDE                                                                                                                                                                                                                                              |                                         |
| <b>TRATAMENTO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                         |
| PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA DE 4º DDE COM LAVAGEM CIRÚRGICA EXAUSTIVA + DEBRIDAMENTO + TENORRAFIA DOS EXTENSORES DA MÃO + REDUÇÃO + FIXAÇÃO DA FALANGE PROXIMAL DO 4º DDE + IMOBILIZAÇÃO MEDICADA COM ATB + ANE + ANALGÉSICOS + SINTOMÁTICOS, OPERADO POR DR. OSNANDO (ORTOTRAUMA) |                                         |
| ALTA HOSPITALAR:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 06/11/13 COM PRESCRIÇÃO + ORIENTAÇÕES * |
| AGENDAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                         |
| DATA DA EMISSÃO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 03/01/14                                |
| Dr. Jaelma Braga Bonaldi<br>CRM: 174179                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                         |
| ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento nos termos da Lei nº 11.108/2002, MINISTÉRIO DO TRABALHO E CONTINUIDADE DE TRATAMENTO                                                                                                                                                                     |                                         |







ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO  
1ª Vara Civil

#### CERTIDÃO

Certifico que, nesta data, autuei os presentes autos contendo  
15 fls. O referido é verdade e dou fé.

João Pessoa, 01/04/2014

Genysson André Pereira Corrêa  
Técnico Judiciário  
Mat. 477.441-8

#### CONCLUSÃO

Nesta data, faço conhecidos os autos para o MM.  
Juiz da 1ª Vara Civil da Capital.

João Pessoa, 01/04/14  
Genysson André Pereira Corrêa  
Técnico Judiciário - Mat. 477.441-8



ESTADO DA PARAIBA  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DA CAPITAL  
JUIZO DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL

Despacho  
Processo n. 0008605-64.2014.815.2001

VISTOS, ETC...

Tendo em vista a realização do mutirão que inclui os processos de DPVAT, determino a entrega desses autos ao advogado devidamente habilitado para inclusão dos mesmos no respectivo mutirão.

Em tempo, cite-se com as cautelas de legais.

Cumpra-se.

João Pessoa, 01 de abril de 2014.

Ivanoska Maria Esperia Gomes dos Santos

Juíza de Direito

RECEBI EM 03/04/2014.

Técnico/Analista Judiciária



ESTADO DA PARÁ  
PODER JUDICIÁRIO  
JUIZO DE DIREITO DA 1ª VARA Cível  
Fórum Desembargador Mário Moreira Porto  
Av. João Machado, s/n, 4º andar, Jaguaribe, João Pessoa-PB  
Fone/Fax (83) 338-2483

#### CERTIDÃO

Certifico e dou fé que, conforme despacho retiro, os presentes autos ficaram à disposição do advogado da parte autora para fins de multa DPVAT, entretanto, decorrido o evento mencionado, a parte interessada não compareceu em cartório afim de proceder à carga do presente processo.

Ante o exposto e observando-se que não consta nos autos manifestação acerca da concessão da gratuidade de justiça, suscito os presentes autos à apreciação e deliberações.

João Pessoa, 04 de Junho de 2014

Gineysson André Pereira Correia  
Técnico Judiciário  
Mat. 479441-8

1891

OPUS JUSTITIAE PAX





PROCESSO Nº 0006605-64/2014.815.2001

Vistos, etc.

Tendo em vista a certidão de fls. 18, defiro a gratuidade judiciária.

João Pessoa, 04 de junho de 2014.

**Ivanoska Maria Espirita Gomes dos Santos**  
Juiz de Direito

Recbi os presentes autos do(a)  
MM. Juiz(a) nesta data.

João Pessoa, 04/06/14

Analista/ Técnica Judiciária



MORAIS & AMORIM ADVOGADOS

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DA 11ª VARA DA COMARCA DE  
JOÃO PESSOA/PARAIBA

processo nº. 0008605-64.2014.4.015.2001

JUNIOR DA SILVA MEIRELES JUNIOR, já qualificada nos autos da AÇÃO em epígrafe, vem à presença de Vossa Excelência, através de seus advogados infra-assinados, requerer observando-se o inciso I do art 275 do CPC a adoção do Procedimento Sumário nas causas cujo valor não exceda a sessenta vezes o salário mínimo.

Considerando-se ainda o teor do art 277 do CPC, a saber:

Art 277 - O juiz designará a audiência de conciliação, a ser realizada no prazo de trinta dias, citando-se o réu com a antecedência mínima de dez dias e sob advertência prevista no §2º deste artigo, determinando o comparecimento das partes. Sendo a ré a Fazenda Pública, os prazos contar-se-ão em dobro. (Redação dada pela Lei nº 9.245, de 26.12.1995)

Ora, douto julgador esse processo foi distribuído desde 20/02/2014 e em virtude de não ocorrência de citação não pode entrar no Murfão realizado em abril de 2014, assim em observância aos princípios constitucionais da celeridade processual e da possibilidade de composição amigável no presente caso, requer-se que se observando o RITO SUMÁRIO dos presentes autos espere-se CITAÇÃO a demandada para contestar o Processo com URGÊNCIA QUE O CASO REQUER.

Nestes termos,

Pede Deferimento.

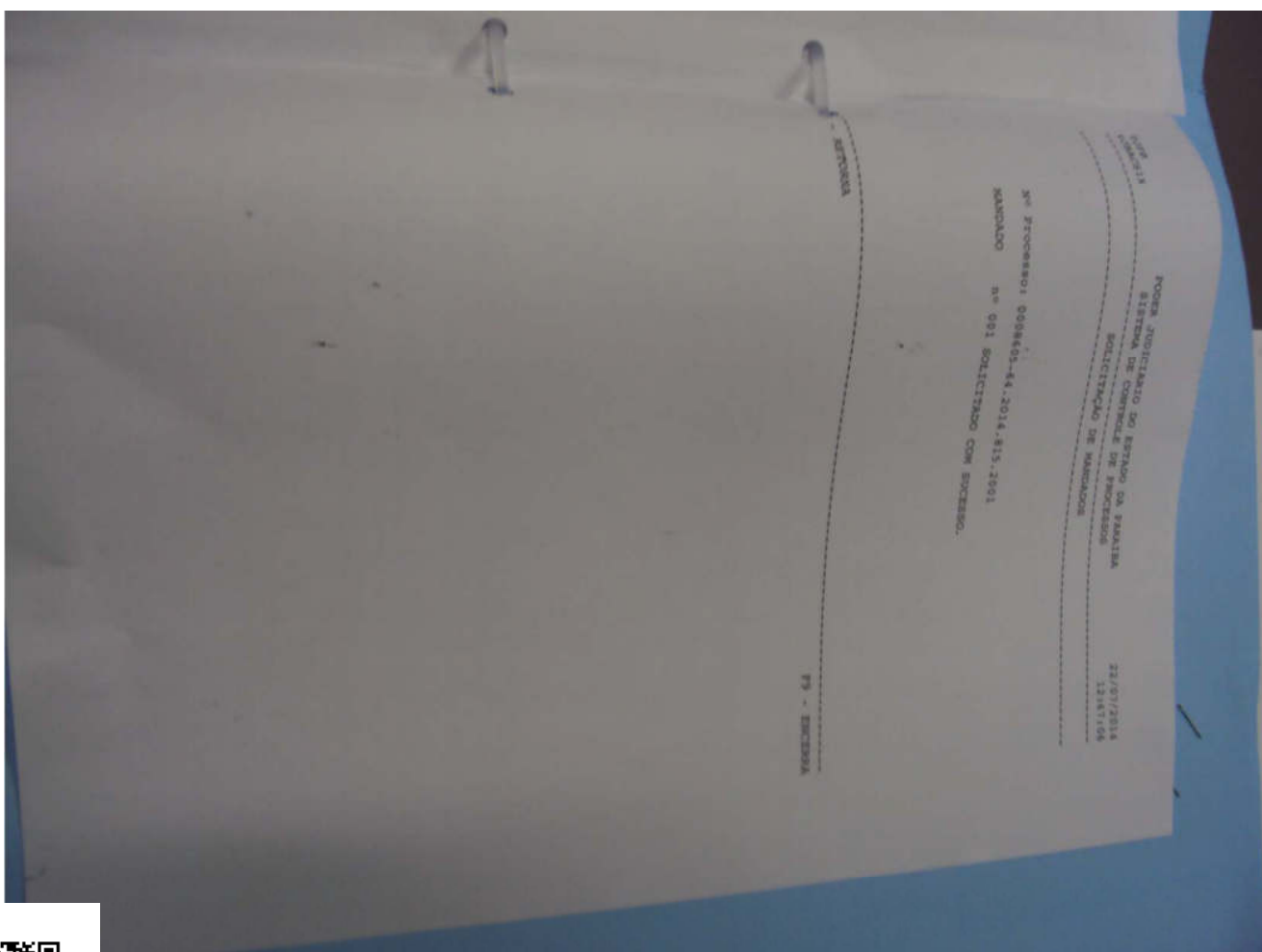
João Pessoa, 21 de MAIO de 2014

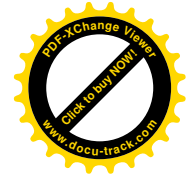
Enéas Flávio Soares da Moraes Segundo

OAB/PB 14.318

Guliyana Flávia de Amorim  
OAB/PB 13.529

Av. João Machado, 553 - Sala 127 - Empresarial Plaza Center - Centro - João Pessoa - PB.  
Praça Venâncio Neiva, 21 - Centro - Santa Rita - PB.  
Telefones: (83) 3032-1329 / (83) 3229-1074.





ASSISTENCIA JUDICIARIA  
PODER JUDICIARIO DO ESTADO DA PARAIBA  
COMARCA DE JOAO PESSOA

MANDADO 001 - MAND CITACAO REU

PROCESSO: 0008605-64.2014.815.2001 11A. VARA CIVEL  
Classe : PROCEDIMENTO SUMARIO

AUTOR : JUNIOR DA SILVA MEIRELES  
Endereco: R IVO SOARES 65  
Bairro : ROGER Cidade: JOAO PESSOA CEP:  
REU : BRADESCO SEGUROS S/A  
Endereco: R PQ SOLON DE LUCENA 641  
Bairro : CENTRO Cidade: JOAO PESSOA CEP: 58013131

O MM. JUIZ DE DIREITO DA VARA SUPRA MANDA AO OFICIAL DE JUSTICA, ABAIXO NOMINADO, QUE, EM CUMPRIMENTO A ESTE, CITE A PARTE RE, NOME E ENDEREÇO ACIMA, PARA, QUERENDO, DEFENDER-SE.  
ADVIRTA-A, OUTROSSIM, DE QUE NAO SENDO CONTESTADA A Acao, PRESUMIR-SE-AO ACEITOS, COMO VERDADEIROS, OS FATOS ARTICULADOS PELO AUTOR, CONSTANTES DA INICIAL, CUJA COPIA SEGUE EM ANEXO.

COMPLEMENTO/DESPACHO JUDICIAL  
SEGUE EM ANEXO CONTRA-FÊ PARA INSTRUÇÃO. CITAR NA PESSOA NO RESPECTIVO REPRESENTANTE LEGAL.

"...CITE-SE COM AS CAUTELAS LEGAIS..."  
PRAZO PARA DEFESA 015 DIAS

LOCAL: FORUM DES. MARIO MOACIR PORTO  
AVENIDA JOAO MACHADO S/N - JAGUARIBE CEP:58013522

JOAO PESSOA, 23 DE JULHO DE 2014.

*Ania Baptista P de Amorim*  
ANIA BAPTISTA PEREIRA DE AMORIM  
CHEFE DA CENTRAL DE MANDADOS, POR ORDEM DO MM. JUIZ

OFICIAL: 3323-3 050 23/07/2014  
O oficial acima deverá se identificar com sua carteira funcional  
Recomendação: AO COMPARECER EM JUIZO, ESTEJA TRAJANDO VESTIMENTA ADEQUADA AO AMBIENTE FORENSE. <DIA>

CIENTE: \_\_\_\_\_  
MANDADO COM ASSISTENCIA JUDICIARIA.

00086056420148152001001

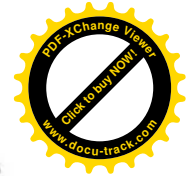


15:18 07/24/2014 10:47:06 ENECO SENS 1. PESSOA





## MORAIS & AMORIM ADVOGADOS



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_\_ VARA CÍVEL  
DA COMARCA DE JOÃO PESSOA/PB.

0008609-64.2014.815.2001

JUNIOR DA SILVA MEIRELES, brasileiro, solteiro, auxiliar de serviços gerais, portador da Cédula de Identidade n.º 3436331 SSP-PB, e do CPF n.º 092.190.494-06, podendo receber intimações na Rua Ivo Soares 65, Roger, João Pessoa/PB, por meio de seus procuradores e advogados adiante assinados, legalmente constituídos no âmbito do incluído instrumento de mandato, que podem receber intimações na Rua Praça Venâncio Neiva 21, Centro, Santa Rita/PB, vem, respeitosamente perante V. Ex.ª propor a presente

### ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE

em face da BRADESCO SEGUROS S/A, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 33.055.146/000 1-93, podendo ser citada no Parque Shopping de Lucena, 641, Centro, João Pessoa/PB o que faz de acordo com os fundamentos fáticos e jurídicos que passa a expor:

### DA JUSTIÇA GRATUITA:

Inicialmente, requer o promovente sejam-lhe concedidos os benefícios da justiça gratuita, nos exatos termos do art. 4º da Lei 1.060/1950, e 5º, LXVIII, da Constituição Federal, por não ter condições de pagar as custas do processo e os honorários advocatícios, sem prejuízo do próprio sustento ou de sua família.

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB,  
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.  
Telefones: (83) 3632-1329/ (83) 3229-1074.

15:18 07/24/2014 18:47:06 PROCESSO SEGUROS J. PESSOA





## MORAIS & AMORIM ADVOGADOS



É cediço que a simples afirmação, nos molde dos dispositivos retro citados, bem como reconhecidos na jurisprudência pátria dominante, é suficiente para o deferimento do pedido, conforme se pode observar na decisão do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba a seguir, *litteris*:

*"Assistência judiciária – Afirmação de pobreza em requerimento da parte – Dispensa de outras provas.*

*Não é necessário, para a concessão do benefício da assistência judiciária, que a parte prove sua condição de necessidade. Basta a simples afirmação de sua pobreza, até sua prova em contrário.*

*Não está a parte obrigada, para gozar dos benefícios da assistência judiciária, a recorrer aos benefícios da Defensoria Pública." (TJ/PB – 2ª Câmara Cível – Apelação Cível nº 1996/00426-6 – Rel. Antônio Elias de Queiroga – Data do julgamento: 24/03/1997 – Publ. DJ: 03/04/1997).*

Assim, pugna o promovente pela concessão dos benefícios da gratuidade judiciária, de modo a ser dispensado, na hipótese de recurso, do pagamento das custas e demais despesas processuais, além de honorários advocatícios da sucumbência, na improvável hipótese de ver vencido na lide.

### I- BREVE RESUMO DOS FATOS:

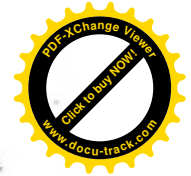
Em 04/10/2013, o promovente foi vítima de acidente de trânsito quando trafegava com sua Motocicleta (HONDA, BIZ 125 KS PRATA, PLACA: MNK 8482/PB) nas imediações do Bairro dos Novais, sendo atingido por um veículo tipo caminhão, fazendo-o cair ao solo, consoante ocorrência policial em anexo. Após o acidente, o autor foi socorrido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Pelo fato descrito acima, o autor sofreu inúmeras escoriações que o deixaram com sequelas irreversíveis na mão esquerda, sendo submetido a procedimento cirúrgico conforme

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB,  
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.  
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.

15:18 07/24/2014 104706 PROCESSO SUELIO T. PESSOA





## MORAIS & AMORIM ADVOGADOS

consta dos laudos médicos em anexo, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

Porém, mesmo depois de todo esforço para se reabilitar, com cirurgias e fortes medicamentos, o autor teve comprovado TRAUMA EM MÃO ESQUERDA E SEU AMPUTACÃO TRAUMÁTICA EM 4º QDE COM FRATURA EXPOSTA E DEFORMIDADE PERMANENTE PELA GRAVIDADE DO TRAUMATISMO SOFRIDO.

Com esta sequela, o autor não consegue realizar suas atividades cotidianas, sentindo ainda fortes dores no local da lesão em face das restrições nos movimentos.

Desta feita, o demandante, munido da documentação necessária, vem pleitear da empresa promotora o pagamento da indenização do seguro por invalidez permanente, uma vez que esta empresa integra a FENASEG (Federação Nacional dos Seguros Privados e de Capitalização).

### II – DA FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA:

#### - Da Legitimidade Passiva -

O art. 7º, da Lei 6.194/74, determina que, em se tratando do seguro denominado DPVAT, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será parte legítima para figurar no pólo passivo de demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** se constitui em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas, a promotora.

Neste tom, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:

**“APELAÇÃO CÍVEL – COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) – LEGITIMIDADE SEGURADORA – Qualquer seguradora autorizada a operar com o DPVAT é parte legítima para responder a ação que vise o recebimento de seguro obrigatório do veículo, porquanto a lei faculta ao beneficiário acionar**

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB,  
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.  
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.

15/10/07/24/2014 10:47:06 8000500 5581005 1. PESSOA





## MORAIS & AMORIM ADVOGADOS



aquela que melhor lhe aprouver, conforme Resolução 6/86, do Conselho Nacional de Seguros Privados”, (TAMG – AP 0350628-9 – Uberlândia – 1ª C. Civ. – Rel. Juiz Silas Vieira – J. 18.12.2001) (destaque nosso).

Quanto à legitimidade passiva, nenhuma dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da Fenaseg é parte legítima para pagamento do seguro obrigatório.

### - Da Documentação Necessária para o Recebimento da Indenização -

Anota o art. 5º, da Lei nº 6.194/74, que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, seja vejamos:

“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”. (grifo nosso)

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

### - Do Quantum Indenizatório -

Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio STJ, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (DPVAT) é de R\$13.500,00, a teor da regra esculpida no art. 3º da Lei n. 6.194/74, *in verbis*:

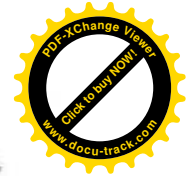
Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB.  
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.  
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.

15:18 07/24/2014 10:47:06 BONEIRO SEIJAOS J. PESSOA





## MORAIS & AMORIM ADVOGADOS



“Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e demais despesas decorrentes dos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

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

Incontroverso, também, o valor que deverá ser pago a título de indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) para invalidez suportada em razão de acidente automobilístico.

### III- DOS REQUERIMENTOS FINAIS:

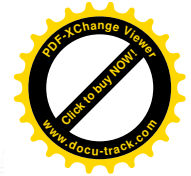
Diante do exposto, requer-se de Vossa Excelência:

- a) A CITACÃO da empresa demandada, na pessoa de seu representante legal, para, querendo, contestar o feito, sob pena de revelia e confissão;
- b) Ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar a promovente o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), provenientes da debilidade permanente suportada em virtude do acidente automobilístico;
- c) A concessão dos benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**, tendo em vista que o autor é pobre nos termos da Lei nº 1.060/50, não possuindo condições de arcar com as custas processuais, sem prejuízo de seu sustento e de sua família;
- d) A oportunidade de provar o alegado por todos os meios em direito admitidos, principalmente a prova documental, que segue acostada;
- e) A condenação do requerido no pagamento dos honorários advocatícios na base de 20% do valor da condenação, em caso de eventual recurso.

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – São Paulo – SP  
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.  
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.

15:18 07/24/2014 104706 PROCESSO SEIAROS 1. PESSOA





## MORAIS & AMORIM ADVOGADOS

f) A realização de perícia pelo Instituto Médico Legal, caso Vossa Excelência entenda necessário.

Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

João Pessoa, 17 de março de 2014

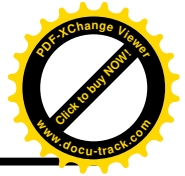
Giullyana Flávia de Amorim  
Advogada OAB/PB nº 13529

Enéas Flávio S. de Moraes Segundo  
Advogado OAB/PB nº 14318

15:18 07/24/2014 104706 PROCESSO SEBROS J. PESSOA

Av. João Machado, 553 – Sala 127 – Empresarial Plaza Center – Centro – João Pessoa – PB.  
Praça Venâncio Neiva, 21 – Centro – Santa Rita – PB.  
Telefones: (83) 3032-1329/ (83) 3229-1074.





Franklin Carvalho

**De:** Ana Maria Abreu de Oliveira <ana.oliveira@bradescoseguros.com.br> em  
nome de DPVAT <dpvat@bradescoseguros.com.br>  
**Enviado em:** terça-feira, 29 de julho de 2014 12:22  
**Para:** Contencioso  
**Cc:** Monique Costa Rosa  
**Assunto:** ENC: PROCESSO 0008605-64.2014.815.2001 JUNIOR DA SILVA MEIRELES  
AUD 15 DIAS DPVAT  
**Anexos:** junior\_2014\_06\_30\_16\_28\_25\_063.pdf; ATT00001.txt; ATT00002.htm

Prezados,

Segue para conhecimento e providencias.

**Atenciosamente,**  
**Bradesco Auto / Re Cia de Seguros**  
0181 - Superintendência de Sinistros Auto  
Dpvat  
Ana Maria Abreu de Oliveira  
Tel.: (21) 2503-1974 Ramal 1974 Fax:(21) 2503-1527

PATROCINADOR OFICIAL



---

**De:** Sonia Maria Cabral Augusto Pereira  
**Enviada em:** sexta-feira, 25 de julho de 2014 11:20  
**Para:** DPVAT  
**Cc:** Vanda Carmem Fabricio Wanderley  
**Assunto:** PROCESSO 0008605-64.2014.815.2001 JUNIOR DA SILVA MEIRELES AUD 15 DIAS DPVAT

Segue para sua providencia.

**BRADESCO SEGUROS S.A.**  
9724 - Superintendência Executiva Regional Nordeste  
Sucursal 871 João Pessoa - PB Mercado  
**Sonia Maria Gomes Cabral**  
Tel.:(83)3222-3799 / Fax (83)3222-4552



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº: 11139488

A/C: JUNIOR DA SILVA MEIRELES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170315367 ASL-0217459/17

Vítima: JUNIOR DA SILVA MEIRELES

Data Acidente: 18/11/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01591/01592 - carta\_01



Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2017

Carta nº: 11140024

A/C: JUNIOR DA SILVA MEIRELES

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170315367 ASL-0217459/17

Vítima: JUNIOR DA SILVA MEIRELES

Data Acidente: 18/11/2014

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **06/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **18/11/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência faltando página
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01321/01322 - carta\_03



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **JUNIOR DA SILVA MEIRELES**

Nº Sinistro: **3170315367**  
Vitima: **JUNIOR DA SILVA MEIRELES**  
Data do Acidente: **18/11/2014**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170315367**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12083451

Pag. 00961/00962 - carta\_16 - INVALIDEZ

00020481





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 \*T196\*



Nº DO SINISTRO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Júmor da Silva MEIRELES,PORTADOR(A) DO RG Nº 3436-381EXPEDIDO POR SSDSEM 24 / 10 / 2014CPF 09221900494-06 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO DESEMPREGADO

E RENDA MENSAL DE R\$ RECIBO 44 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JÚMOR DA SILVA MEIRELES. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados.

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado. Recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT, pois aquele que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou pelo verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036Nº da CONTA (com dígito, se existir) 52878-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

JOÃO PESSOA, 20 de MARÇO

de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 1.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022120.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 17:18:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090217184781000000032444446>

Número do documento: 20090217184781000000032444446





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

AS

Nº DO SINISTRO

DOCUMENTO 1



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados de beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Júlio da Silva MEIRELES

PORTADOR(A) DO RG Nº 3436-331

EXPEDIDO POR

SSDS

44

11

EM

24

10

2014

CPF 092490494-06 CNPJ

000000000000000000

000000000000000000

000000000000000000

000000000000000000

000000000000000000

000000000000000000

000000000000000000

000000000000000000

000000000000000000

000000000000000000

000000000000000000

E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSA NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JÚLIO DA SILVA MEIRELES. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF, aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a Consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT, que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários em imagem digitalizada/scaneada, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRAPESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ASL-0140836/17  
natalia silva  
11:34:45

ASL-0140836/17  
natalia silva  
11:34:45

### ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente, na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 1.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022120.



ASL-0140636/17  
natalia.silva.0111  
06/06/2017 11:34:45

ASL-0140636/17  
natalia.silva.0111  
06/06/2017 11:34:45

ASL-0140636/17  
natalia.silva.0111  
06/06/2017 11:34:45

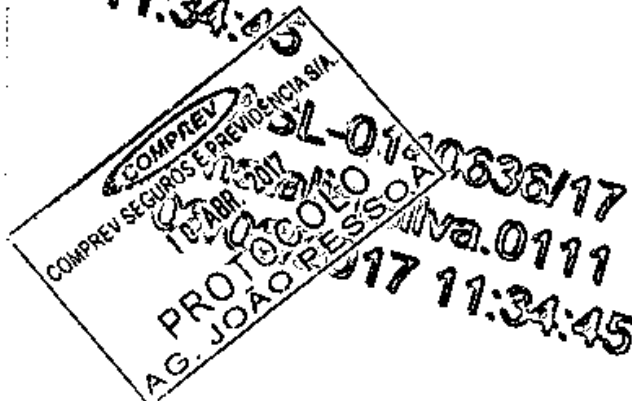


ASL-0140636/17  
natalia.silva.0111  
06/06/2017 11:34:45

ASL-0140636/17  
natalia.silva.0111  
06/06/2017 11:34:45

ASL-0140636/17  
natalia.silva.0111  
06/06/2017 11:34:45

ASL-0140636/17  
natalia.silva.0111  
06/06/2017 11:34:45





GOVERNO  
DA PARAÍBA

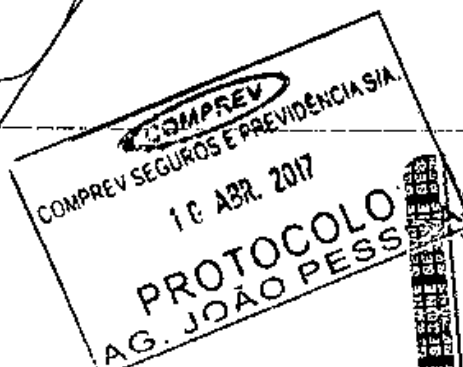
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA  
DEFESA SOCIAL  
14ª DELEGACIA DISTRITAL,



## 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 644 /2015, na mesma continha o seguinte teor: **Ao primeiro dia do mês de abril do ano de dois mil e quinze**, nesta cidade de Santa Rita e na 14ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **Maria Solidade de Sousa**, às 09:00 horas, compareceu o Sr. **Júnior da Silva Meireles**, brasileira, União Estável, natural de João Pessoa/PB, com 23 anos de idade, filho de José Cipriano Meireles Filho e de Maria José da Silva, residente à (na) rua projetada, quadra 180, lote 491, Colinas do Sul, João Pessoa/PB, o qual notificou que, no dia 18 de novembro do ano próximo passado, se conduzia em sua moto Honda Twister CBX 250, ano e modelo 2006, cor prata e de placa MNN 6043/PB e, no término da rua Anísio Salatiel no centro da capital, precisamente em frente a Oficina São, o Notificante colidiu na lateral de um veículo que dali saía, tendo este em razão da gravidade do acidente, evadido-se do local, consequentemente, o notificante ficou socorrido por seu genitor ao Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Contusão da mão esquerda + amputação traumática antiga do Quíquadrão esquerdo, identificada pelo CID 10 S 60.2 + S 68.1, conforme Laudo Médico apresentado. **Diante o exposto, solicita providências.** O referido é verdade. Dou fé. Eu **Everaldo Martins da Costa**, Escrivão que o digitei.

Santa Rita, 1º de abril de 2015



República  
Federativa  
do Brasil

5º

Ofício de Registro Civil e  
Tribunal de Notas de Tomba  
Delegado: Carlos Ulysses de Carvalho Neto  
Av. Trabalhador São Raimundo, 150 - Fátima  
João Pessoa - PB - CEP 55064-013 - (51) 3304-1001

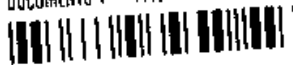
### AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que me foi exibido. Dou fé.  
(Art. 365 - III do CC)  
03/04/2017  
João Pessoa - PB  
Selo Digital: AE485896-TFWJ  
Preencha o site: <https://siondigital.tpb.jus.br>  
Crie o RSE: 14 155 ASO.11 E-mail: ASD.25 Cxj ASD.51



Elaine Nogueira da Silva Lima  
Escrivã Substituta





GOVERNO  
DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA  
DEFESA SOCIAL

14ª DELEGACIA DISTRITAL

SL-0140836/17



11:34:35

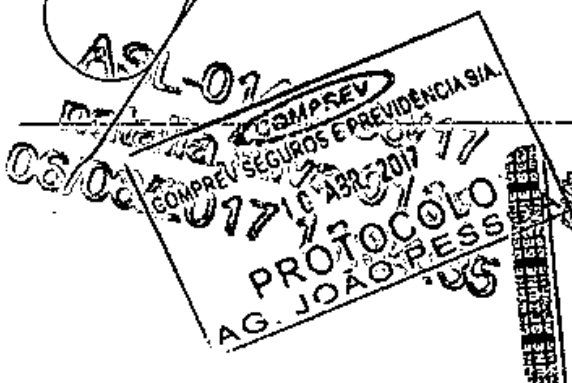
11:34:35

# CERTIDÃO

SL-0140836/17

NOTIFICADO 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 644/2015, a mesma continha o seguinte teor: Ao primeiro dia do mês de abril do ano de dois mil e quinze nesta cidade de Santa Rita e na 14ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Maria Solidade de Sousa, às 09:00 horas, compareceu o Sr. Júnior da Silva Meireles, brasileiro, União Estável, natural de João Pessoa/PB, com 23 anos de idade, filho de José Cipriano Meireles Filho e de Maria José da Silva, residente e (na) rua projetada quadra 180, lote 491, Colinas do Sul, João Pessoa/PB, o qual notificou que no dia 18 de novembro do ano próximo passado, se conduziu em sua moto Honda Twister GBX 250, ano e modelo 2006, cor prata e de placa VNN 6043/PB e, no término da rua Anísio Salatiel no centro da capital, precisamente em frente a Oficina São, o Notificante colidiu na lateral de um veículo que dali saía, tendo este em razão da gravidade do acidente, evadido-se do local, consequentemente, o notificante foi socorrido por seu genitor ao Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena, onde foi diagnosticado Contusão da mão esquerda + amputação traumática antiga do Ombro direito esquerdo, identificada pelo CID 10 S 60.2 + S 68.1, conforme Laudo Médico Apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Generaldo Martins da Costa, Escrivão que o digitei.

Santa Rita, 1º de abril de 2015



República  
Federal do Brasil

Ofício de Registro Civil  
Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba  
Delegacia Carlos Ulpiano de Almeida  
Rua Francisco de Sá, nº 100 - Centro  
João Pessoa - PB - CEP 55015-000

AUTENTICAÇÃO  
Certifico que a presente cópia é reprodução  
fidel do original que me foi entregue. Dou fé.  
Data: 18/04/2017  
João Pessoa - PB  
Selo Digital: 2005886-TAMJ  
Pense o site: <https://selodigital.tamj.us>  
E-mail: 443.14.166.450.11 Parana 410.14.166.450.11



ASL-01



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JUNIOR DA SILVA MEIRELES,  
portador da carteira de identidade nº 3436.331 e inscrito no  
CPF nº 092.190.494-06, residente e domiciliado na  
Rua Severino José do Nascimento nº 157,  
Cidade João Pessoa,  
Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado  
de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de  
requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

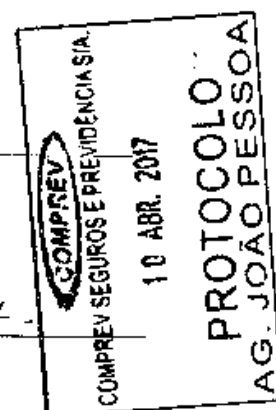
- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza  
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza  
perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro  
DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo  
automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a  
análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico  
Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da  
Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da  
lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa  
perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao  
direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

\* Junior da Silva Meireles  
Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 20 de março de 2017  
Local e data





# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

ASL-0140636/17  
 NATALIA SILVA  
 portador da carteira de identidade nº 3438235D e inscrito no CPF nº 17092190494-06, residente e domiciliado na Rua Severino Gonçalves de Aguiar nº 157, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

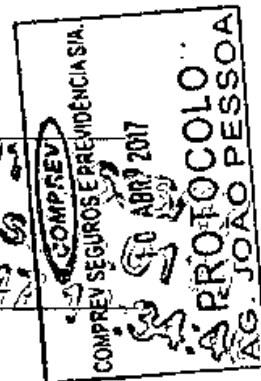
- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

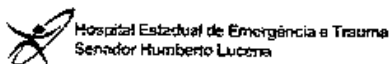
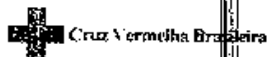
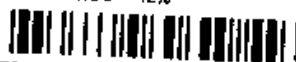
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discordo do seu conteúdo.

Assinatura do declarante  
 Conforme documento de identificação.  
 natalia.silva.0111  
 João Pessoa, 20 de março de 2017.  
 Local e data



Ato declaratório

DOCUMENTO 2 "T29"

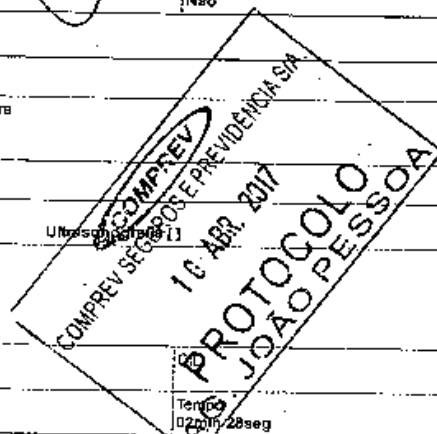


Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090 - CNES: 2593282 - FONE: (\*\*83) 3216-5736 / 3216-5775

Boletim de Atendimento Emergencial: 716679

| Identificação do paciente                      |                                                                                       |                                       |                      |                   |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------|-------------------|
| ID<br>563248                                   | Nome<br>JUNIOR DA SILVA MEIRELES                                                      |                                       |                      | Sexo<br>Masculino |
| Data de nascimento<br>31/10/1991               | Idade<br>21 Anos                                                                      | Estado civil<br>SOLTEIRO(A)           | Religião<br>CATOLICA | Prontuário        |
| Mãe<br>MARIA JOSE DA SILVA                     | Pai<br>JOSE CIPRIANO MEIRELES FILHO                                                   |                                       |                      |                   |
| Educacionalidade<br>MEDIO INCOMPLETO           | Responsável (Parentesco)<br>ESPOSA VITORIA ISABEL MACENA DO NASCIMENTO - ACOMPANHANTE |                                       |                      |                   |
| DDO Móvel<br>83                                | Fone Móvel<br>87246847                                                                | DDO Fixo                              | Fone Fixo            |                   |
| Tipo documento<br>RG (IDENTIDADE)              | Número documento<br>3436331                                                           | CNS<br>203181087870018                |                      |                   |
| Local de procedência<br>ROGER                  |                                                                                       | Tipo<br>BAIRRO                        | UF<br>PB             |                   |
| Naturalidade<br>JOAO PESSOA                    | CBO/R                                                                                 |                                       |                      |                   |
| Endereço                                       |                                                                                       |                                       |                      |                   |
| CEP<br>58020300                                | Município de residência<br>JOAO PESSOA                                                | Logradouro<br>Rua Ivo Soares          |                      |                   |
| Número<br>85                                   | Complemento                                                                           | Bairro<br>Roger                       |                      |                   |
| Admissão                                       |                                                                                       |                                       |                      |                   |
| Data e Hora Prevista<br>04/10/2013 20:51:32    | Número da pulseira<br>2289205                                                         | Convênio<br>SUS                       |                      |                   |
| Especialidade<br>CLINICA MEDICA                | Clínica<br>CLINICA MEDICA E NEURO                                                     |                                       |                      |                   |
| Classificação de risco<br>VERMELHA             | Origem do paciente<br>RESIDENCIA                                                      |                                       |                      |                   |
| Caráter de atendimento<br>URGÊNCIA             | Motivo do atendimento<br>ACIDENTE DE MOTOCICLETA                                      | Detalhe do acidente<br>VEICULO X MOTO |                      |                   |
| Indicadores e Transporte                       |                                                                                       |                                       |                      |                   |
| Caso policial<br>Não                           | Plano de saúde<br>Não                                                                 | Veio de ambulância<br>Não             | Trauma<br>Não        |                   |
| Meio de transporte<br>CARRO PARTICULAR         | Quem transportou<br>TAXI                                                              |                                       |                      |                   |
| Sinais Vitais                                  |                                                                                       |                                       |                      |                   |
| PA<br>X                                        | Pulso                                                                                 | Temperatura                           |                      |                   |
| mmHg                                           |                                                                                       |                                       |                      |                   |
| Exames complementares                          |                                                                                       |                                       |                      |                   |
| Raio X [ ]                                     | Sangue [ ]                                                                            | Urina [ ]                             | TC [ ]               | Líquor [ ]        |
| ECG [ ]                                        |                                                                                       |                                       |                      |                   |
| Ultrassom [ ]                                  |                                                                                       |                                       |                      |                   |
| Dados clínicos                                 |                                                                                       |                                       |                      |                   |
| Diagnóstico                                    |                                                                                       |                                       |                      |                   |
| Atendida por<br>ELIZÂNGELA CAVALCANTE DE PINHO |                                                                                       |                                       |                      |                   |
| Tempo<br>02min/28seg                           |                                                                                       |                                       |                      |                   |

Imprimir



4/10/2013 21:09

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 17:18:48

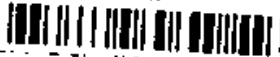
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090217184781000000032444446

Número do documento: 20090217184781000000032444446

Num. 33913519 - Pág. 12

Ato declaratório

DOCUMENTO 2 12%



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAIBA

natália.silva

Bolém de Atendimento Emergencial: 716679

natália.silva

|                                              |                                                                                    |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| Identificação do paciente                    |                                                                                    |
| ID 563248                                    | Nome JUNIOR DA SILVA MEIRELES                                                      |
| Data de nascimento 31/08/1991                | Idade 21 Anos                                                                      |
| Estado civil SOLTEIRO(A)                     | Religião CATOLICA                                                                  |
| Sexo Masculino                               | Promotorio                                                                         |
| Mãe MARIA JOSE DA SILVA                      | Pai JOSE CIPRIANO MEIRELES FILHO                                                   |
| Escolaridade MEDIO INCOMPLETO                | Responsável (Parentesco) ESPOSA VITORIA ISABEL MACENA DO NASCIMENTO - ACOMPANHANTE |
| DDD Móvel 83                                 | Fone Móvel 67245947                                                                |
| DDD Fijo                                     | Fone Fijo                                                                          |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE)               | Número documento 3438331                                                           |
| CNS 203167087870018                          | Tipo BAIRRO                                                                        |
| Local de procedência ROGER                   | UF PB                                                                              |
| Neurologia JOAO PESSOA                       | CBOR                                                                               |
| Endereço                                     |                                                                                    |
| CEP 59020320                                 | Município da residência JOAO PESSOA                                                |
| Logradouro Rua Ivo Soares                    | Bairro Roger                                                                       |
| Admissão                                     | Número da pulseira 2289205                                                         |
| Data e Hora Prevista 04/10/2013 20:51:39     | Convênio SUS                                                                       |
| Especialidade CLINICA MEDICA                 | Clinica CLINICA MEDICA E NEURO                                                     |
| Classificação de risco VERMELHA              | Origem do paciente RESIDENCIA                                                      |
| Caráter de atendimento URGENCIA              | Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA                                      |
| Destino do endereço VERGULO X MOTO           |                                                                                    |
| Indicadores e Transporte                     |                                                                                    |
| Circ. policial Não                           | Piara de saúde Não                                                                 |
| Veto de ambulância Não                       | Trauma Não                                                                         |
| Moto de transporte CARRO PARTICULAR          | Quem transportou TAXI                                                              |
| Sinais Vitais                                |                                                                                    |
| PA                                           | Pulso                                                                              |
| mmHg                                         | Temperatura                                                                        |
| Exames complementares                        |                                                                                    |
| Rolo X [ ]                                   | Sangue [ ]                                                                         |
| Urina [ ]                                    | TC [ ]                                                                             |
| Liquor [ ]                                   | ECG [ ]                                                                            |
| Ultrassom [ ]                                |                                                                                    |
| Dados clínicos                               |                                                                                    |
| Diagnóstico                                  |                                                                                    |
| Atendida por ELIZANGELA CAVALCANTE DE FARIAS |                                                                                    |

Imprimir

PROTÓCOLO  
COMPREV  
15 ABR 2017  
JOAO PESSOA





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JUNIOR DA SILVA MEIRELES,

RG nº 3436-331, data de expedição 24 / 10 / 2014,  
 Órgão SSDS, CPF nº 092.190.494-06, venho perante a este  
 instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu  
 nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito  
 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                          |
|-----------------------------------|------------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua. Severino José do Nascimento</u>  |
| Número                            | <u>157</u>                               |
| Aptº / Complemento                |                                          |
| Bairro                            | <u>Roger</u>                             |
| Cidade                            | <u>JOÃO PESSOA</u>                       |
| Estado                            | <u>Paraíba</u>                           |
| CEP                               | <u>58.020-395</u>                        |
| Telefone de contato               | <u>(83) 99921-9283 / (83) 3032-1329.</u> |
| E-mail                            |                                          |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA / 20 / 03 / 2017

[Assinatura]

Assinatura do Declarante





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ASL-0140636/17  
natalia.silva.0111  
08/06/2017 11:34:48

ASL-0140636/17  
natalia.silva.0111  
08/06/2017 11:34:48

RG nº 34361331-1, data de expedição 24/10/2012  
Órgão SSDS CPF nº 092.190.494-06, venho perante a este  
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu  
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito  
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | Rua. Severino José do Nascimento  |
| Número                            | 157                               |
| Aptº / Complemento                |                                   |
| Bairro                            | Roger                             |
| Cidade                            | JOÃO PESSOA                       |
| Estado                            | PB Paraíba                        |
| CEP                               | 58.020-395                        |
| Telefone de contato               | (83) 99921-9283 / (83) 3032-1329. |
| E-mail                            |                                   |

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: João Pessoa 03/2017

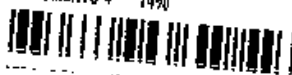
ASL-0140636/17  
natalia.silva.0111  
08/06/2017 11:34:48

ASL-0140636/17  
natalia.silva.0111  
08/06/2017 11:34:48

Assinatura do Declarante



DOCUMENTO 4 \*74%



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JÚNIOR DA SILVA MEIRELES

DATA DE NASCIMENTO 31/10/91

NOME DA MÃE MARIA JOSÉ DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 795.232

Nº PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 18/11/14

HORA DO ATENDIMENTO 13:46

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) CONTUSÃO DA MÃO E + AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA ANTIGA DO 4º QUIRODÁCTILO E

CID 10 S 60.2 + S 68.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada nesta hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando dor forte na mão E. Apresenta amputação antiga do 4º quirodáctilo E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da mão E - AP e P

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 ABR. 2017

**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

### TRATAMENTO:

Sem alterações + presença de amputação antiga da 3ª falange do 4º quirodáctilo E aos RX. Realizado atendimento, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 18/11/14

DATA DA EMISSÃO: 10/04/15

Dr. Ewerton Nogueira Teixeira  
CRM: 2516/PB

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





GOVERNOS  
ESTADUAIS

## Primeiro Atendimento Médico

### PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

#### EXAME PRIMÁRIO

VIAS

VIAS ☐ Péricas ☐ Obstruídas

VIAS

CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA-MEDIANA: ☐ Sim ☐ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: ☐ Sem dificuldade

☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

☐ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

☐ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

2- RUIDOS

☐ Sim

☐ Não

HTD: Roncos

Sibilos

Estertores

HTD: Roncos

Sibilos

Estertores

FR:

Imp. SaO<sub>2</sub> %

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotoreagente

☐ Paralisadas

☐ Isocóricas

☐ Anisocóricas (diferença = mm)

Escala de Glasgow.

ABERTURA OCULAR

MELHOR RESPOSTA VERBAL  
ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA  
(<4anos)

MELHOR RESPOSTA MOTORA

|                      |   |                                                                         |   |                            |   |
|----------------------|---|-------------------------------------------------------------------------|---|----------------------------|---|
| Espontânea           | 5 | Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos | 5 | Obedece aos comandos       | 6 |
| A solicitação verbal | 4 | Confuso / Chora, mas é consolável                                       | 4 | Localiza a dor             | 5 |
| Ao continuo estímulo | 3 | Palavras Inapropriadas / Irritado (persistente)                         | 3 | Retira o Membro            | 4 |
| Nenhuma              | 2 | Sons incompreensíveis / Inquieto                                        | 2 | Flexão anormal (decoreção) | 3 |
|                      | 1 | Nenhuma / Nenhuma                                                       | 1 | Flexão normal (decoreção)  | 2 |
|                      |   |                                                                         |   | Nenhuma                    | 1 |
| TOTAL:               |   |                                                                         |   |                            |   |

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PROVIDENCIA S/A  
10 ABR. 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

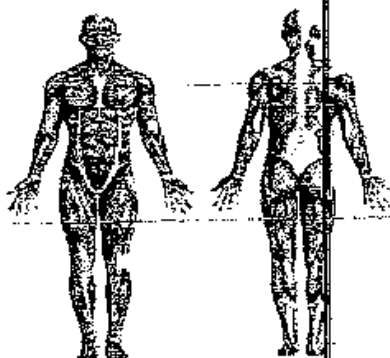
F(NG).CC.001-1

## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

## LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- 1 Abrisão
- 2 Amputação
- 3 Avulsão
- 4 Contusão
- 5 Crepitação
- 6 Dor
- 7 Edema
- 8 Empalamento
- 9 Efisema subcutâneo
- 10 Emagrecimento
- 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 Ingurgitamento Nervoso
- 23 Laceração
- 24 Lesão Tendinea
- 25 Luxação
- 26 Mordedura
- 27 Movimento Torácico paradoxal
- 28 Objeto Encravado
- 29 Otorragia
- 30 Paralisia
- 31 Paresia
- 32 Parestesia
- 33 Queimadura
- 34 Rinorragia
- 35 Sinais de Isquemia

OBS.:

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma) \_\_\_\_\_ % Grau de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

- ☐ Radiografias ☐ Lavado peritoneal  
☐ Ultrassonografia (FAST) ☐ Gasometria arterial  
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

|    | CONDUZAS E PROCEDIMENTOS | CÓDIGO |
|----|--------------------------|--------|
| 1  |                          |        |
| 2  |                          |        |
| 3  |                          |        |
| 4  |                          |        |
| 5  |                          |        |
| 6  |                          |        |
| 7  |                          |        |
| 8  |                          |        |
| 9  |                          |        |
| 10 |                          |        |

Dr. Carlos F. Franca  
 ASSINATURA E CARIMBO  
 100 003792  
 Hospital Unimed JP

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicitto parecer da \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Solicito parecer da \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## DESTINO DO PACIENTE

- ☐ Centro Cirúrgico  
☐ Transfência (unidade de saúde) \_\_\_\_\_  
☐ Internado (setor) \_\_\_\_\_  
☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência  
☐ Óbito ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ IML ☐ SVO

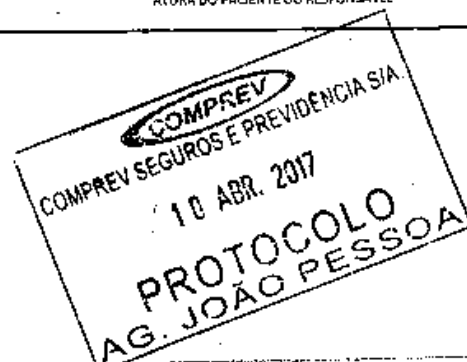
HÓRAS: \_\_\_\_\_

ASSINATURA/CARIMBO

ASSIN

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASSIN



F(NG).CC.001.1



21:45

FCC m mnd  
Sui-an pnt aul Tracenta m

4. ad @

col. ad Cebex mngro afora

Dr. Sávio Brandão S. Barros  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM-PO: 5515 CREMEPE: 18315  
RPP: 11340





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



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

Milton da Silva Linhares

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

DATA

HORA

05

10

13

Paciente foi submetido  
a tratamento  
comprimidos de paracetamol  
e 1500 ml de soro fisiológico  
proximal do doente  
e com 10 minutos  
de 10 minutos

05

10

17

Paciente não está  
estável, com febre  
e fte. cutânea e fte.  
Arterial no pulmão

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 ABR. 2017

PROTOCOLO

IAG. JOÃO PESSOA

Dr. Milton da Silva Linhares  
CRM 41115 TEST 6115  
Ortopedia Traumatologia





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

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA

2 - CNES: \_\_\_\_\_

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: \_\_\_\_\_

4 - CNES: \_\_\_\_\_

5 - NOME DO PACIENTE: Jenifer da Silva Mendes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 776675

7 - CAPTAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (CHS): \_\_\_\_\_

8 - DATA DE NASCIMENTO: 31/10/91

9 - SEXO: ☒ M ☐ F

10 - RAÇA/COR: \_\_\_\_\_

11 - NOME DA MÃE: Maria José da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: \_\_\_\_\_

13 - NOME DO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE: \_\_\_\_\_

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): \_\_\_\_\_

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: \_\_\_\_\_

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

18 - UF: \_\_\_\_\_

19 - CEP: \_\_\_\_\_

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH): \_\_\_\_\_

**MUDANÇA DE PROCEDIMENTO**

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: \_\_\_\_\_

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR: \_\_\_\_\_

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: \_\_\_\_\_

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: \_\_\_\_\_

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL: \_\_\_\_\_

26 - CID 10 PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

27 - CID 10 SECUNDÁRIO: \_\_\_\_\_

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: \_\_\_\_\_

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI EM DIÁRIA DE ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_

DIÁRIA DE ACOMPANHANTE: \_\_\_\_\_ DIÁRIA DE UTI TIPO I: \_\_\_\_\_ DIÁRIA DE UTI TIPO II: \_\_\_\_\_ DIÁRIA DE UTI TIPO III: \_\_\_\_\_

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: \_\_\_\_\_

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: \_\_\_\_\_

34 - QTD: \_\_\_\_\_

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: \_\_\_\_\_

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: \_\_\_\_\_

37 - QTD: \_\_\_\_\_

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: \_\_\_\_\_

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: \_\_\_\_\_

40 - QTD: \_\_\_\_\_

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO: Fio de Kirschner 2,5 - 03

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

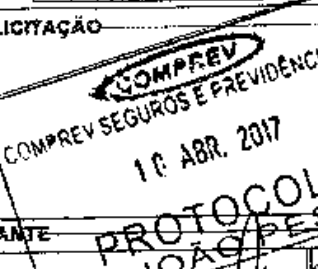
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

43 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

44 - ( ) CNS ( ) CPF: \_\_\_\_\_

45 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 10/05/10

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):


  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**  
 Ortopedia e Traumatologia  
 TEOT 5803 - CRM 4309  
 Gilmar de Jesus - Artroscopia

**AUTORIZAÇÃO**

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: \_\_\_\_\_

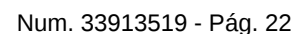
48 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: \_\_\_\_\_

50 - ( ) CNS ( ) CPF: \_\_\_\_\_

51 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): \_\_\_\_\_



|            |                        |                     |                                                                                                         |           |
|------------|------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SUS</b> | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> | Folha 2/2 |
|------------|------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO**

|                                         |                                    |           |
|-----------------------------------------|------------------------------------|-----------|
| 50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 52 - CTOE |
| 53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 53 - CTOE |
| 56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 55 - CTOE |
| 58 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 61 - CTOE |
| 62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 64 - CTOE |
| 65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 67 - CTOE |
| 68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 70 - CTOE |
| 71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 73 - CTOE |
| 74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 76 - CTOE |
| 77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 77 - CTOE |
| 80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 80 - CTOE |
| 83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 83 - CTOE |
| 86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 86 - CTOE |
| 89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 91 - CTOE |
| 92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 94 - CTOE |
| 95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 97 - CTOE |

**98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)**

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
16 ABR 2017  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

**PROFISSIONAL SOLICITANTE**

|                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------|
| 99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE |
|------------------------------------------------------------------------------------|

**AUTORIZAÇÃO**

|                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |
|-------------------------------------------------------------------------------------|



## ANEXO II

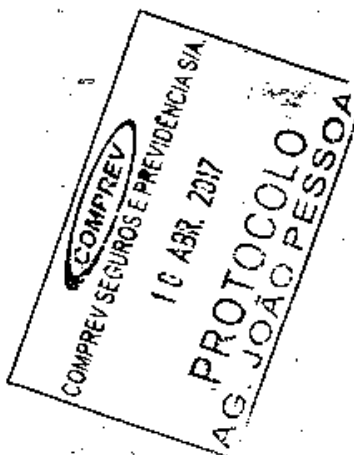
| SUS                                                                                 |  | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) |  | Folha 1/2 |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                    |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                             |  |                        |                     | 2 - CNES                                                                                         |  |           |
| HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA                       |  |                        |                     | 2593262                                                                                          |  |           |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                              |  |                        |                     | 4 - CNES                                                                                         |  |           |
| H.E.E.T.S.H.L.                                                                      |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                    |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                |  |                        |                     | 6 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO                                                                         |  |           |
| Junia da Silva Mendes                                                               |  |                        |                     | 716879                                                                                           |  |           |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                  |  |                        |                     | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                                                           |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     | 31/10/91                                                                                         |  |           |
| 9 - SEXO                                                                            |  |                        |                     | 10 - RAÇA/COR                                                                                    |  |           |
| Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 Feminino <input type="checkbox"/> 3 |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 11 - NOME DA MÃE                                                                    |  |                        |                     | 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE                                                          |  |           |
| maria joia da Silva                                                                 |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL                                                            |  |                        |                     | 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE                                                          |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                     |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                        |  |                        |                     | 17 - CDD. RGSE MUNICÍPIO                                                                         |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     | 18 - UF                                                                                          |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     | 19 - CEP                                                                                         |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)                           |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| <b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>                                                      |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR                                |  |                        |                     | 22 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR                                                             |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA                                 |  |                        |                     | 24 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA                                                              |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 25 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                            |  |                        |                     | 26 - CID 10 PRINCIPAL                                                                            |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     | 27 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                                           |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     | 28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                    |  |           |
| <b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>                                 |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL                                            |  |                        |                     | 30 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL                                                              |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE                       |  |                        |                     | 32 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                               |  |           |
| DIÁRIA DE ACOMPANHANTE                                                              |  |                        |                     | DIÁRIA DE UTI TIPO I                                                                             |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     | DIÁRIA DE UTI TIPO II                                                                            |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     | DIÁRIA DE UTI TIPO III                                                                           |  |           |
| 33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                             |  |                        |                     | 34 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                               |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                             |  |                        |                     | 36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                               |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                             |  |                        |                     | 38 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                               |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 39 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO                                                   |  |                        |                     | 40 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                               |  |           |
| Fio de Kirschner 1,5 - 03                                                           |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>                                                     |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                               |  |                        |                     | 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                         |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     | 10/05/2017                                                                                       |  |           |
| 43 - DOCUMENTO                                                                      |  |                        |                     | 44 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                       |  |           |
| ( ) CNS ( ) CPF                                                                     |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                              |  |                        |                     | 46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                           |  |           |
| Prof. Dr. João Lopes                                                                |  |                        |                     | Prof. Dr. João Lopes                                                                             |  |           |
| CRM 12.003 - CRM 1309                                                               |  |                        |                     | CRM 12.003 - CRM 1309                                                                            |  |           |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                  |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                               |  |                        |                     | 48 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR                                                                          |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 49 - DOCUMENTO                                                                      |  |                        |                     | 50 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                       |  |           |
| ( ) CNS ( ) CPF                                                                     |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |
| 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                              |  |                        |                     | 52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                           |  |           |
|                                                                                     |  |                        |                     |                                                                                                  |  |           |



|                                                                                   |                                      |                     |                                                                                                         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|  | <b>SUS</b><br>Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> | Folha 2/2 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|

**SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL | 51 - Cód. do Procedimento Especial<br>54 - Cód. do Procedimento Especial<br>57 - Cód. do Procedimento Especial<br>60 - Cód. do Procedimento Especial<br>63 - Cód. do Procedimento Especial<br>66 - Cód. do Procedimento Especial<br>69 - Cód. do Procedimento Especial<br>72 - Cód. do Procedimento Especial<br>75 - Cód. do Procedimento Especial<br>78 - Cód. do Procedimento Especial<br>81 - Cód. do Procedimento Especial<br>84 - Cód. do Procedimento Especial<br>87 - Cód. do Procedimento Especial<br>90 - Cód. do Procedimento Especial<br>93 - Cód. do Procedimento Especial<br>96 - Cód. do Procedimento Especial |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)****PROFISSIONAL SOLICITANTE**

99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

**AUTORIZAÇÃO**

100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

|                                    |                              |                |                               |               |     |
|------------------------------------|------------------------------|----------------|-------------------------------|---------------|-----|
| Nome: <u>João do Filho Almeida</u> |                              | Registro:      |                               |               |     |
| Idade:                             | Sexo:                        | Cor:           | Clinica:                      | EMP:          | LR: |
| Data:                              | Cirurgião: <u>B. Almeida</u> |                | 1º Assistente: <u>A. Reis</u> |               |     |
| 2º Assistente:                     |                              | 3º Assistente: | Instrumentador:               |               |     |
| Anestesista: <u>Dr. P. Reis</u>    | Tipo de Anestesia:           |                | Hora Início:                  | Hora término: |     |

| Diagnostico(s) Pós-Operatório | CID |
|-------------------------------|-----|
| <u>FRACTURA EXPLOSA NA</u>    |     |
| <u>① NA CORPOREALMENTE</u>    |     |
| <u>DE FEMUR</u>               |     |
|                               |     |
|                               |     |
|                               |     |

| Procedimento(s) Cirúrgico(s)       | Código |
|------------------------------------|--------|
| <u>TRAT. CIR. FRACTURA EXPLOSA</u> |        |
| <u>E TRANSFERENCIA DO</u>          |        |
| <u>FEMUR PARA</u>                  |        |
| <u>UNID. ①</u>                     |        |
|                                    |        |
|                                    |        |

|                                                |               |                                |
|------------------------------------------------|---------------|--------------------------------|
| Acidente durante ato cirúrgico                 | Descreva:     |                                |
| 1º sim                                         | 2º não        |                                |
| Biopsia de congelação:                         | 1º sim        | 2º não                         |
| Encaminhamento do paciente após ato cirúrgico: | 1º enfermaria | 2º terapia intensiva           |
|                                                | 3º residência | 4º óbito durante ato cirúrgico |

25.10.13  
João Pessoa - Data

Dr. Carlos Fabrício de S. Santos  
ORÇONIA DE TRAUMATOLOGIA  
CRM 13376



# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Inclinação:

Achados:

Conduta:

1) Paciente de 45 anos, masculino, com queixa de dor no ombro direito há 10 dias.

2) Dor insuportável à noite e ao movimentar o membro superior direito.

3) Exame físico: dor à palpação na região do ombro direito, especialmente na região da cabeça do humero. Não há sinais de infecção ou trauma recente.

4) Realizada a punção aspirativa com alívio da dor.

Observação:

Assinatura:

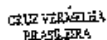
Data, João Pessoa

de 10 de 13

Assinatura/carimbo

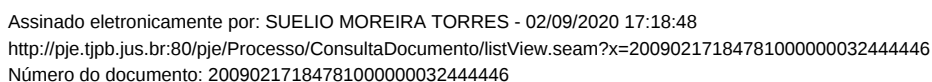
Dr. Carlos Roberto de S. Santos  
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA  
CRM: 4676





**समस्या**

FOUO LASCTR-021-1





GOVERNO DO ESTADO DA PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
SENADOR HUMBERTO LUCENA

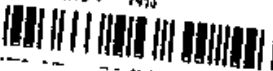
## FICHA DE ANESTESIA

|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                         |                                              |                              |                               |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------|
| DATA: 05/10/13                                                                                                                                                                                     | PACIENTE: JUNIOR DA SILVA MEIRELES                                                                                                                      | SEXO: M                                      | COR: A                       | IDADE: 27                     | REGISTRO:        |
| HOSPITAL: HECTM                                                                                                                                                                                    | CATEGORIA: SUS                                                                                                                                          | ACOMODACAO:                                  | ENDEREÇO DO PACIENTE - FONE: |                               |                  |
| PRESSÃO ARTERIAL: 120 x 70                                                                                                                                                                         | PULSO: 100                                                                                                                                              | RESPIRAÇÃO: EUPNEICO                         | TEMPERATURA: 36,5            | PESO: 70 kg                   | GRUPO SANGÜÍNEO: |
| ESTADO GERAL: BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input checked="" type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PESSIMO <input type="checkbox"/>                                               | RISCO CIRÚRGICO: BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input checked="" type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PESSIMO <input type="checkbox"/> |                                              |                              |                               |                  |
| EXAMES COMPLEMENTARES: JPM                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                              |                              |                               |                  |
| AP. RESPIRATÓRIO: RDN                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                         |                                              | AP. CIRCULATÓRIO: RDN        |                               |                  |
| AP. DIGESTIVO: ESTOMAGO CHEIO                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                         |                                              | ESTADO MENTAL: ORIENTADO     |                               |                  |
| PRÉ-ANESTÉSICO: DOSE/HORA:                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                              | DROGAS EM USO: JPM           |                               |                  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DE 4 DEDOS DA MÃO ESQ.                                                                                                                                 |                                                                                                                                                         |                                              |                              |                               |                  |
| CIRURGIA REALIZADA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA                                                                                                                                        |                                                                                                                                                         |                                              |                              |                               |                  |
| CIRURGIÃO: DR. OSMILDO                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                         |                                              | AUXILIARES:                  |                               |                  |
| INÍCIO DA ANESTESIA: 00:15                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         | TÉRMINO DA ANESTESIA: 01:45                  |                              | DURAÇÃO DA ANESTESIA: 90 min. |                  |
| GO DO PROCEDIMENTO:                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                         | QUANT. DE OH:                                |                              | VALOR R\$:                    |                  |
| JESIST: DR. RAOA + MARCI (M) CPF: 204171364-04                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                         |                                              |                              | CRM 98: 25809                 |                  |
| AGENTE: HORA: 00:15 01:00 02:00                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                         |                                              |                              |                               |                  |
|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                         |                                              |                              |                               |                  |
| SETORIZAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> P. ARTERIAL <input type="checkbox"/> E.C.G. <input type="checkbox"/> OX. PULSO                                                                    |                                                                                                                                                         |                                              |                              |                               |                  |
| ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO <input checked="" type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                         |                                              |                              |                               |                  |
| TÉCNICA: Bloqueio Axilar com (1)                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                         |                                              |                              |                               |                  |
| LÍQUIDOS: VOLUME EM ML                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                         | MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ANESTESIA |                              |                               |                  |
| GLICOSE                                                                                                                                                                                            | 1                                                                                                                                                       | GLUCOSE 100 mg - 30                          | 5                            |                               |                  |
| NACL                                                                                                                                                                                               | 1                                                                                                                                                       | CLORURO DE SÓDIO - 2g                        | 2                            |                               |                  |
| SANGUE                                                                                                                                                                                             | 3                                                                                                                                                       | HEPARINA - 10g                               | 8                            |                               |                  |
| RINGER                                                                                                                                                                                             | 4                                                                                                                                                       | RINGER - 2g                                  | 9                            |                               |                  |
| TOTAL                                                                                                                                                                                              | 5                                                                                                                                                       | HEPARINA - 40g                               | 10                           |                               |                  |
| DESTINO DO PACIENTE: APT <input type="checkbox"/> ENFERM. <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>                |                                                                                                                                                         |                                              |                              |                               |                  |
| ASSINATURA DO ANESTESISTA:                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                         |                                              |                              |                               |                  |

COMPREV  
11-ABR-2017  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



DOCUMENTO 4 "T495"



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

## INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JÚNIOR DA SILVA MEIRELES

DATA DE NASCIMENTO 31/10/91

NOME DA MÃE MARIA JOSÉ DA SILVA

## DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 795.232

N.º PRONTUÁRIO

DATA DO ATENDIMENTO 18/11/14

HORA DO ATENDIMENTO 13:46

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) CONTUSÃO DA MÃO E + AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA ANTIGA DO 4º QUIRODÁCTILO E

CID 10 S 60.2 + S 68.1

## AVALIAÇÃO INICIAL

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando dor forte na mão e apresenta amputação antiga do 4º quirodáctilo E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

## EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS

RX da mão E - AP e P

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 ABR. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

## TRATAMENTO

Sem alterações + presença de amputação antiga da 3ª falange do 4º quirodáctilo E aos RX. Realizado atendimento, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 18/11/14

DATA DA EMISSÃO: 10/04/15

Dr. Ewerton Noronha Teixeira

CRM: 2816/PB

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





# Primeiro Atendimento Médico

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: **Natalia Silva**

IDADE: **03 anos**

**ASL-0140636/17**  
**Natalia Silva.0117**

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Qtd. lúctea e colé*  
*Qtd. lúctea e colé*  
*Qtd. lúctea e colé*

### EXAME PRIMÁRIO

AS

AÉREAS

CERVICAL (MOBILIZADA: ☐ Sim ☒ Não)

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA-MEIANA ☐ Sim ☒ Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade ☒ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1 - MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ☐ Presente e normal ☒ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

HTE: ☐ Presente e normal ☒ Rude ☐ Diminuído ☐ Ausente

2 - RUÍDOS

☐ Sim ☒ Não

HTD: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

HTE: ☐ Roncos ☐ Sibilos ☐ Estertores

FR: ☐ Normal ☒ Anormal

SaO<sub>2</sub>: ☐ Normal ☒ Anormal

DEFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Pupilas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR

MELHOR RESPOSTA VERBAL: ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4 anos)

MELHOR RESPOSTA MOTORA

Espondeas

A solicitação verbal

Ao contrário estímulo

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

Nenhuma

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

TEMPERATURA DA PELE

PULSO

AUSCUTA CARDÍACA

RTMIO

BULHA

SOPRO

BE OU 4

FC: bpm PA: mmHg T: °C

ECG:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

ABDOMEN:

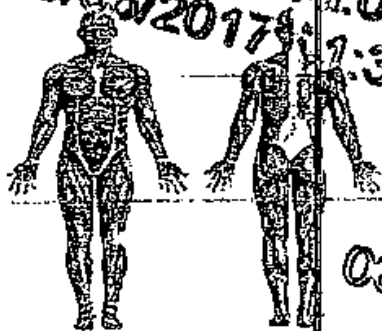
ABDOMEN:



## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ( ) NS ( ) Sim:  
 MEDICAMENTOS: ( ) NS ( ) Sim:  
 IMUNIZAÇÃO: ( ) NS ( ) Sim:  
 PATOLOGIA: ( ) NS ( ) Sim:  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ( ) NS ( ) Sim:

LOCAL DA LESÃO: 06/08/2017 11:34:41



- 1 Abreção
- 2 Amputação
- 3 Avulsão
- 4 Contusão
- 5 Crepitação
- 6 Dor
- 7 Edema
- 8 Empalamento
- 9 Erisema subcutâneo
- 10 Esmagamento
- 11 Equimose
- 12 Exatma Bonta
- 13 F. Armá 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 Inguetimento Nervoso
- 23 Laceração
- 24 Lesão Tendinea
- 25 Luxação
- 26 Mordedura
- 27 Movimento torácico paradoxo
- 28 Objeto Encravado
- 29 Otorragia
- 30 Paralisia
- 31 Parestia
- 32 Parestesia
- 33 Queimadura
- 34 Rhinorrage
- 35 Sinais de Isquemia

OBS.:

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma): % Graus de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

- ( ) Radiografias  
 ( ) Ultrassonografia (FAST)  
 ( ) Tomografia computadorizada

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

11 CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

|    |  | CÓDIGO | ASSINATURA E CARIMBO |
|----|--|--------|----------------------|
| 1  |  |        |                      |
| 2  |  |        |                      |
| 3  |  |        |                      |
| 4  |  |        |                      |
| 5  |  |        |                      |
| 6  |  |        |                      |
| 7  |  |        |                      |
| 8  |  |        |                      |
| 9  |  |        |                      |
| 10 |  |        |                      |

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer da \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_

Solicito parecer da \_\_\_\_\_ do dia \_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

( ) Centro Cirúrgico

( ) Transfêrência (unidade de saúde)

( ) Internado (setor)

( ) Alta hospitalar

( ) Óbito

( ) Decisão médica

( ) A pedido

( ) Até 48 hs. ( ) Após 48 hs.

( ) A família

( ) JIML

( ) Desistênda

( ) SVO

ASL-0140638/17

ASL-0140638/17

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
 10 ABR. 2017  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



21:45

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

Dr. Sívio Barros S. Barros  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM-PB: 5515 CREMEPE: 18315  
RFO: 11340

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

ASL-0140636/17

natalia.silva.0111

06/06/2017 11:34:41

COMPREV  
COMPANHIA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
06/06/2017 11:34:41  
PROTOCOLADO  
AG. JOAO PESSOA



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



ASL-014

ASL-07400

natalia.silva

RE/PRONTUÁRIO. 035/92

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

**BE/PRONTUÁRIO**

**NOME DO PACIENTE**

### DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

DATA

# HORA



46

A

—

—

---

\_\_\_\_\_



---

---

---

—

—

1



|  |  |
|--|--|
|  |  |
|  |  |

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

0

[illegible]

11

1

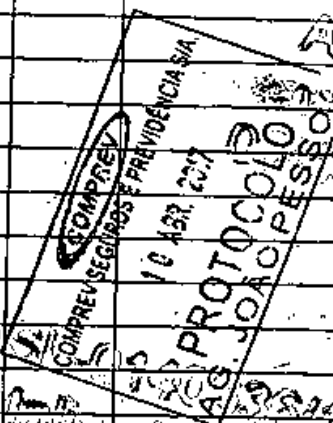
↳

PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

**Dr. Milton da Silva Linhares**  
CRM 47.150-1/SP  
Ortopedia Traumatologia



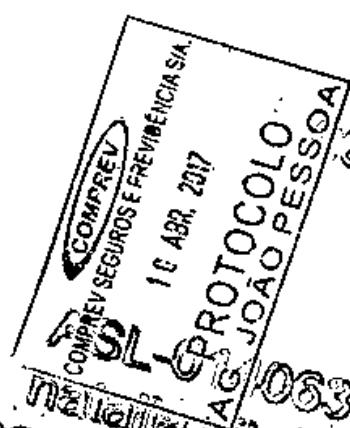
| DATA.               | HORA     | DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO |
|---------------------|----------|-----------------------|
| ASL-0140330/17      | 11:34:41 | ASL-0140330/17        |
| maia, S. M. O. 0117 | 11:34:41 | maia, S. M. O. 0117   |
| 08/09/2017          | 11:34:41 | 08/09/2017 11:34:41   |
| ASL-0140330/17      | 11:34:41 | ASL-0140330/17        |
| maia, S. M. O. 0117 | 11:34:41 | maia, S. M. O. 0117   |
| 08/09/2017          | 11:34:41 | 08/09/2017 11:34:41   |
| ASL-0140330/17      | 11:34:41 | ASL-0140330/17        |
| maia, S. M. O. 0117 | 11:34:41 | maia, S. M. O. 0117   |
| 08/09/2017          | 11:34:41 | 08/09/2017 11:34:41   |
| ASL-0140330/17      | 11:34:41 | ASL-0140330/17        |
| maia, S. M. O. 0117 | 11:34:41 | maia, S. M. O. 0117   |
| 08/09/2017          | 11:34:41 | 08/09/2017 11:34:41   |
| ASL-0140330/17      | 11:34:41 | ASL-0140330/17        |
| maia, S. M. O. 0117 | 11:34:41 | maia, S. M. O. 0117   |
| 08/09/2017          | 11:34:41 | 08/09/2017 11:34:41   |
| ASL-0140330/17      | 11:34:41 | ASL-0140330/17        |
| maia, S. M. O. 0117 | 11:34:41 | maia, S. M. O. 0117   |
| 08/09/2017          | 11:34:41 | 08/09/2017 11:34:41   |
| ASL-0140330/17      | 11:34:41 | ASL-0140330/17        |
| maia, S. M. O. 0117 | 11:34:41 | maia, S. M. O. 0117   |
| 08/09/2017          | 11:34:41 | 08/09/2017 11:34:41   |
| ASL-0140330/17      | 11:34:41 | ASL-0140330/17        |
| maia, S. M. O. 0117 | 11:34:41 | maia, S. M. O. 0117   |
| 08/09/2017          | 11:34:41 | 08/09/2017 11:34:41   |
| ASL-0140330/17      | 11:34:41 | ASL-0140330/17        |
| maia, S. M. O. 0117 | 11:34:41 | maia, S. M. O. 0117   |
| 08/09/2017          | 11:34:41 | 08/09/2017 11:34:41   |



## ANEXO II

|                                                               |  |                            |  |                                                                                                         |  |                               |  |
|---------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|--|
| <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde                             |  | <b>Ministério da Saúde</b> |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> |  | <b>Folha 1/2</b>              |  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>              |  |                            |  |                                                                                                         |  |                               |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                       |  |                            |  | 2 - CNES                                                                                                |  | 3 - CNES                      |  |
| HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA |  |                            |  | 2593262                                                                                                 |  | 2593262                       |  |
| 4 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SOLICITANTE                    |  |                            |  | 5 - DATA DE NASCIMENTO                                                                                  |  | 6 - SEXO                      |  |
| MARCOS SH. 20/17                                              |  |                            |  | 31/10/91                                                                                                |  | Masc. [X] Fem. [ ]            |  |
| <b>Identificação do Paciente</b>                              |  |                            |  |                                                                                                         |  |                               |  |
| 7 - NOME DO PACIENTE                                          |  |                            |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                                                                  |  | 9 - SEXO                      |  |
| Júlia da Silva Mendes                                         |  |                            |  | 31/10/91                                                                                                |  | Masc. [X] Fem. [ ]            |  |
| 10 - NOME DA MÃE                                              |  |                            |  | 11 - NOME DO RESPONSÁVEL                                                                                |  | 12 - TELEFONE DE CONTATO      |  |
| maria lou da Silva                                            |  |                            |  | MARCOS SH. 20/17                                                                                        |  | 13 - TELEFONE DE CONTATO      |  |
| 14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                               |  |                            |  | 15 - CID, GGE, MUNICÍPIO                                                                                |  | 16 - UF                       |  |
| 17 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                  |  |                            |  | 18 - CID                                                                                                |  | 19 - CEP                      |  |
| 20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AHI)     |  |                            |  | 21 - CID 10 PRINCIPAL                                                                                   |  | 22 - CID 10 SECUNDÁRIO        |  |
| 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                 |  |                            |  | 24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                           |  | 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |  |
| <b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>                                |  |                            |  |                                                                                                         |  |                               |  |
| 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR          |  |                            |  | 27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR                                                                    |  |                               |  |
| 28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA           |  |                            |  | 29 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA                                                                     |  |                               |  |
| 30 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                      |  |                            |  | 31 - CID 10 PRINCIPAL                                                                                   |  |                               |  |
| 32 - CID 10 SECUNDÁRIO                                        |  |                            |  | 33 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                           |  |                               |  |
| <b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>           |  |                            |  |                                                                                                         |  |                               |  |
| 34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL                      |  |                            |  | 35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL                                                                     |  |                               |  |
| 36 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE   |  |                            |  | 37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |                               |  |
| DIÁRIA DE ACOMPANHANTE                                        |  |                            |  | DIÁRIA DE UTI TIPO I                                                                                    |  |                               |  |
| DIÁRIA DE UTI TIPO II                                         |  |                            |  | DIÁRIA DE UTI TIPO III                                                                                  |  |                               |  |
| 38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                       |  |                            |  | 39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |                               |  |
| 40 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                       |  |                            |  | 41 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |                               |  |
| 42 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                       |  |                            |  | 43 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |                               |  |
| 44 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO                             |  |                            |  | 45 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |                               |  |
| Fio de Kirschner 2,5 - 03.34.                                 |  |                            |  | 46 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |                               |  |
| 47 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 48 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 49 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 50 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 51 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 52 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 53 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 54 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 55 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 56 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 57 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 58 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 59 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 60 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 61 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 62 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 63 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 64 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 65 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 66 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 67 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 68 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 69 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 70 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 71 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 72 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 73 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 74 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 75 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 76 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 77 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 78 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 79 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 80 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 81 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 82 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 83 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 84 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 85 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 86 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 87 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 88 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 89 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 90 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 91 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 92 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 93 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 94 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 95 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 96 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 97 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 98 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                                |  |                               |  |
| 99 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                         |  |                            |  | 100 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                                               |  |                               |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                     |  |                                                                                                         |  |           |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--|
| <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde                                                                                                                                                                                                                                                       |  | Ministério da Saúde |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> |  | Folha 2/2 |  |
| <b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                       |  |                     |  |                                                                                                         |  |           |  |
| 50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  | 51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| 53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  | 54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| 56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  | 57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| 59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  | 60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| 62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  | 63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| 65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  | 66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| 68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  | 69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| 71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  | 72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| 74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  | 75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| 77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  | 78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| 80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  | 81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| 83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  | 84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| 86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  | 87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| 89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  | 90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| 92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  | 93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| 95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                     |  | 96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                      |  |           |  |
| <b>98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)</b>                                                                                                                                                                                                                                  |  |                     |  |                                                                                                         |  |           |  |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>  <p>ASL-0140636/17<br/>natalia.silva.0111<br/>3/06/2017 11:34:41</p> </div> <div> <p>ASL-0140636/17<br/>natalia</p> </div> </div> |  |                     |  |                                                                                                         |  |           |  |
| <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                     |  |                                                                                                         |  |           |  |
| 99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE                                                                                                                                                                                                      |  |                     |  |                                                                                                         |  |           |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                     |  |                                                                                                         |  |           |  |
| 100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                                                                                                                                     |  |                     |  |                                                                                                         |  |           |  |



## ANEXO II

|                                                                                                          |  |                     |  |                                                                                                         |  |                                                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde                                                                        |  | Ministério da Saúde |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> |  | Folha 1/2                                                                        |  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                                         |  |                     |  |                                                                                                         |  |                                                                                  |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA |  |                     |  |                                                                                                         |  | 2 - CNES<br>2593262                                                              |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA  |  |                     |  |                                                                                                         |  | 4 - CNES<br>2593262                                                              |  |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                                         |  |                     |  |                                                                                                         |  |                                                                                  |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br>JÚLIO CESAR SILVA                                                                |  |                     |  |                                                                                                         |  | 6 - DATA DE NASCIMENTO<br>31/10/91                                               |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)<br>111111111111111111                                                 |  |                     |  |                                                                                                         |  | 8 - SEXO<br>Masculino                                                            |  |
| 9 - NOME DA MÃE<br>MARIA DA SILVA                                                                        |  |                     |  |                                                                                                         |  | 10 - TELEFONE DE CONTATO<br>2593262                                              |  |
| 11 - NOME DO RESPONSÁVEL<br>MARIA DA SILVA                                                               |  |                     |  |                                                                                                         |  | 12 - TELEFONE DE CONTATO<br>2593262                                              |  |
| 13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)<br>RUA DA PAZ, Nº 100, BAIRRO NOVO                                       |  |                     |  |                                                                                                         |  | 14 - TELEFONE DE CONTATO<br>2593262                                              |  |
| 15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br>COIMBRA                                                                  |  |                     |  |                                                                                                         |  | 16 - CID, BASE MUNICIPAL<br>000                                                  |  |
| 17 - CID, BASE MUNICIPAL<br>000                                                                          |  |                     |  |                                                                                                         |  | 18 - CID<br>000                                                                  |  |
| 19 - CID<br>000                                                                                          |  |                     |  |                                                                                                         |  |                                                                                  |  |
| 20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)<br>111111111111111111                          |  |                     |  |                                                                                                         |  |                                                                                  |  |
| <b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>                                                                           |  |                     |  |                                                                                                         |  |                                                                                  |  |
| 21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR<br>ASL-01                                           |  |                     |  |                                                                                                         |  | 22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR<br>000                                      |  |
| 23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA<br>ASL-01                                            |  |                     |  |                                                                                                         |  | 24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA<br>000                                       |  |
| 25 - DIAGNÓSTICO INICIAL<br>FIO DE KANDARI 1,5 - 03.37                                                   |  |                     |  |                                                                                                         |  | 26 - CID 10 PRINCIPAL<br>000                                                     |  |
| 27 - CID 10 SECUNDÁRIO<br>000                                                                            |  |                     |  |                                                                                                         |  | 28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS<br>000                                             |  |
| <b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>                                                      |  |                     |  |                                                                                                         |  |                                                                                  |  |
| 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL<br>ASL-01                                                       |  |                     |  |                                                                                                         |  | 30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL<br>000                                       |  |
| 31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE<br>DIÁRIA DE ACOMPANHANTE                  |  |                     |  |                                                                                                         |  | 32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>000                                        |  |
| 33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>ASL-01                                                        |  |                     |  |                                                                                                         |  | 34 - CID<br>000                                                                  |  |
| 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>ASL-01                                                        |  |                     |  |                                                                                                         |  | 36 - CID<br>000                                                                  |  |
| 37 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL<br>ASL-01                                                        |  |                     |  |                                                                                                         |  | 38 - CID<br>000                                                                  |  |
| 39 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO<br>FIO DE KANDARI 1,5 - 03.37                                          |  |                     |  |                                                                                                         |  |                                                                                  |  |
| 40 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO<br>ASL-01                                                              |  |                     |  |                                                                                                         |  |                                                                                  |  |
| <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>                                                                          |  |                     |  |                                                                                                         |  |                                                                                  |  |
| 41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br>SUELIO MOREIRA TORRES                                           |  |                     |  |                                                                                                         |  | 42 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br>02/09/2020                                           |  |
| 43 - DOCUMENTO<br>111111111111111111                                                                     |  |                     |  |                                                                                                         |  | 44 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br>111111111111111111 |  |
| 45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br>111111111111111111                             |  |                     |  |                                                                                                         |  | 46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br>111111111111111111     |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                       |  |                     |  |                                                                                                         |  |                                                                                  |  |
| 47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR<br>SUELIO MOREIRA TORRES                                           |  |                     |  |                                                                                                         |  | 48 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR<br>000                                                   |  |
| 49 - DOCUMENTO<br>111111111111111111                                                                     |  |                     |  |                                                                                                         |  | 50 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br>111111111111111111 |  |
| 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br>111111111111111111                             |  |                     |  |                                                                                                         |  | 52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br>111111111111111111     |  |



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                                    |                                                                                                         |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>SUS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Sistema Único da Saúde | Ministério da Saúde                | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b> | Folha 2/2  |
| <b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) - CONTINUAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                        |                                    |                                                                                                         |            |
| 50 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 51 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |                                                                                                         | 52 - CTRB. |
| 53 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 54 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |                                                                                                         | 55 - CTRB. |
| 56 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 57 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |                                                                                                         | 58 - CTRB. |
| 59 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 60 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |                                                                                                         | 61 - CTRB. |
| 62 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 63 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |                                                                                                         | 64 - CTRB. |
| 65 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 66 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |                                                                                                         | 67 - CTRB. |
| 68 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 69 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |                                                                                                         | 70 - CTRB. |
| 71 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 72 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |                                                                                                         | 73 - CTRB. |
| 74 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 75 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |                                                                                                         | 76 - CTRB. |
| 77 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 78 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |                                                                                                         | 79 - CTRB. |
| 80 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 81 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |                                                                                                         | 82 - CTRB. |
| 83 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 84 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |                                                                                                         | 85 - CTRB. |
| 86 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 87 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |                                                                                                         | 88 - CTRB. |
| 89 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 90 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |                                                                                                         | 91 - CTRB. |
| 92 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 93 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |                                                                                                         | 94 - CTRB. |
| 95 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | 96 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL |                                                                                                         | 97 - CTRB. |
| <b>98 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO (continuação)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                                    |                                                                                                         |            |
| <div style="position: relative; width: 100%;"> <div style="position: absolute; top: 10px; left: 10px; transform: rotate(-15deg); border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>COMPREV</b><br/>           COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A<br/>           10 ABR. 2017<br/>           PROTOCOLO Nº 01406336/17<br/>           G. JOÃO PESSOA         </div> <div style="position: absolute; top: 20px; left: 30px; font-size: 24px; font-weight: bold;">           ASL-01406336/17<br/>           natalia.silva.0111<br/>           06/2017 11:34:41         </div> <div style="position: absolute; bottom: 10px; right: 10px; text-align: right;">           ASL-01406336/17<br/>           natalia         </div> </div> |                        |                                    |                                                                                                         |            |
| <b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                                    |                                                                                                         |            |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>01406336/17</div> <div>0111</div> <div>06/2017 11:34:41</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                                    |                                                                                                         |            |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                        |                                    |                                                                                                         |            |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>01406336/17</div> <div>0111</div> <div>06/2017 11:34:41</div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                                    |                                                                                                         |            |
| 100 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                    |                                                                                                         |            |





Número do documento: 20090217184781000000032444446



# Nota de Sala Cirúrgica



|                                                                                              |                                                                            |                             |      |                        |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|------------------------|------|
| NOME DO PACIENTE: <b>RODRIGO DA SILVA NUNES</b>                                              |                                                                            |                             |      |                        |      |
| IDADE: <b>21</b>                                                                             | SEXO: <b>M</b>                                                             |                             |      |                        |      |
| CIRURGIÃO: <b>Dr. Rodrigo da Silva Nunes</b>                                                 | ENFERMEIRA: <b>Marcelina</b>                                               |                             |      |                        |      |
| CIRURGIÃO: <b>Dr. Rodrigo da Silva Nunes</b>                                                 | PAIX: <b>01/01/2000</b>                                                    |                             |      |                        |      |
| ANESTESIA: <b>Block 3 de 1/2</b>                                                             | ANESTESISTA: <b>Dr. Rodrigo da Silva Nunes</b>                             |                             |      |                        |      |
| INSTRUMENTADOR: <b>Dr. Rodrigo da Silva Nunes</b>                                            |                                                                            |                             |      |                        |      |
| DATA: <b>05/10/13</b>                                                                        | TEMPO CIRÚRGICO: <b>00</b> ANESTESIA: <b>00</b> FIM DO CIRÚRGIO: <b>00</b> |                             |      |                        |      |
| ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)                    |                                                                            |                             |      |                        |      |
| ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )                                            |                                                                            |                             |      |                        |      |
| GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA |                                                                            |                             |      |                        |      |
| MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS                                                                       | QTD.                                                                       | MATERIAIS CONT.             | QTD. | FIOS                   | QTD. |
| ALPENTANIL                                                                                   |                                                                            | JELCO Nº 1                  |      | PRO CAT GUT CERMADO Nº |      |
| BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA                                                                        |                                                                            | JELCO Nº 2                  |      | PRO CAT GUT CERMADO Nº |      |
| BUPIVACAÍNA PESADA                                                                           |                                                                            | JELCO Nº 3                  |      | PRO DE ACO Nº          |      |
| CETAMINA                                                                                     |                                                                            | JELCO Nº 4                  |      | PRO DE ACO Nº          |      |
| DROPERIDOL                                                                                   |                                                                            | KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº |      | PRO DE NYLON Nº        |      |
| ETOMIDATO                                                                                    |                                                                            | LÂMINA BISTURI Nº 11        |      | PRO DE NYLON Nº        |      |
| FENOBARBITAL                                                                                 |                                                                            | LÂMINA BISTURI Nº 12        |      | PRO POLIGLACTINA Nº    |      |
| PENTANIL                                                                                     |                                                                            | LÂMINA BISTURI Nº 13        |      | PRO POLIGLACTINA Nº    |      |
| FLUMAZENIL                                                                                   |                                                                            | LÂMINA BISTURI Nº 14        |      | PRO POLIGLACTINA Nº    |      |
| ISOFLURANO                                                                                   |                                                                            | LÂMINA DE DERMATÓMICO       |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| LEVORUPIVACAÍNA 0,5                                                                          |                                                                            | LÂMINA DE ENCORTO           |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| LEVORUPIVACAÍNA 0,75                                                                         |                                                                            | LUA DE PROCEDIMENTO PAR     |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| LIDOCADNA 0,5                                                                                |                                                                            | AGULHA 18X4,3               |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| LIDOCADNA 0,75                                                                               |                                                                            | AGULHA 25X07                |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| MORFINA                                                                                      |                                                                            | AGULHA 25X08                |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| NIMBUM                                                                                       |                                                                            | AGULHA 40X11                |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| PANCIURÓNO                                                                                   |                                                                            | AGULHA VERIDURAL Nº 16      |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| PETIDINA                                                                                     |                                                                            | AGULHA PERIDURAL Nº 17      |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| PROPOFOL                                                                                     |                                                                            | AGULHA PERIDURAL Nº 18      |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| RAMPENTANIL                                                                                  |                                                                            | AGULHA RAQUI Nº 20          |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| ROCURÓNO                                                                                     |                                                                            | AGULHA RAQUI Nº 22          |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| SEVOFLURANO                                                                                  |                                                                            | ALGODÃO ORTÓFÉDICO          |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| SUXAMETÔNIO                                                                                  |                                                                            | ATADURA DE CREPOM           |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| TIOPENTAL                                                                                    |                                                                            | ATADURA GESSADA             |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| ADRENALINA                                                                                   |                                                                            | BOLSA Nº COLOSTOMIA         |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| ÁGUA DESTILADA                                                                               |                                                                            | CÂNULA Nº TRAQUEOSTOMIA Nº  |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| ATROPINA                                                                                     |                                                                            | CATETER DE OXIGÊNIO         |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| BEXTRA                                                                                       |                                                                            | CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| CEFALOSOLINA                                                                                 |                                                                            | CATETER EPIDURAL Nº 16      |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| DICLANETASONA                                                                                |                                                                            | CATETER EPIDURAL Nº 17      |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| DIPRIMA SÓDICA                                                                               |                                                                            | CATETER EPIDURAL Nº 18      |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| ETEDRONA                                                                                     |                                                                            | COLET. URENA FECHADO        |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| FUROSEMIDA                                                                                   |                                                                            | COMPRESSAS CIRÚRGICAS       |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| GLICOSE 50%                                                                                  |                                                                            | COMPRESSAS CIRÚRGICAS       |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| GLUCONATO DE CÁLCIO                                                                          |                                                                            | DRENO DE PENROSE            |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| HIDROCORTISONA                                                                               |                                                                            | DRENO DE SUÇÃO              |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| LIDOCADNA GELIA                                                                              |                                                                            | ELETRODOS                   |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| ONDASENTRONA                                                                                 |                                                                            | ESTRUTURA TRANS. SANGUE     |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| PLASBIL                                                                                      |                                                                            | ESTRUTURA TRANS. SANGUE     |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| PROSTIMIDE                                                                                   |                                                                            | ESTRUTURA TRANS. SANGUE     |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| PROTAMIDA                                                                                    |                                                                            | ESTRUTURA TRANS. SANGUE     |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |
| TENOXICAN                                                                                    |                                                                            | ESTRUTURA TRANS. SANGUE     |      | PRO POLIPROPILENO Nº   |      |

SINGLASCR-021-1



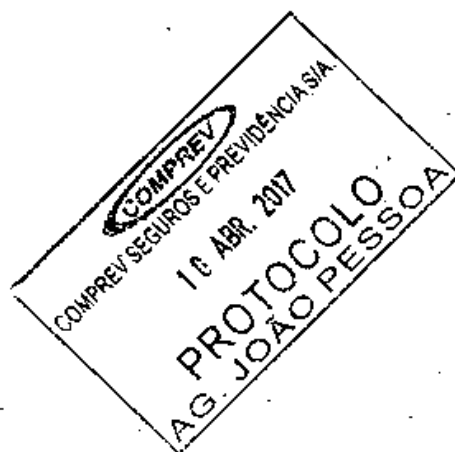


|                                          |                               |
|------------------------------------------|-------------------------------|
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL     |                               |
| REGISTRO GERAL                           | 3.436.331 - 2 VIA             |
| NOME                                     | JOÃO DA SILVA MEIRELES        |
| FLACIO JOSE CIPRIANO MEIRELES FILHO      |                               |
| MARIA JOSE DA SILVA                      |                               |
| NATURALIDADE                             | JOÃO PESSOA - PB              |
| DOO ORIGEM                               |                               |
| NASC. N.º 4.531 FLS. 053 DATA 10/10/1991 |                               |
| CARTÃO 2 JOÃO PESSOA/PB                  |                               |
| 082.190.494-06                           |                               |
| ASSINATURA DO DETENTOR                   | LEI Nº 7.116 DE 20/06/83      |
|                                          | DATA DE NASCIMENTO 31/10/1991 |

Entrada

18/11/14

DOCUMENTO 5 \*T5\*





ASL-0140636/17  
natalia.silva.0111  
06/06/2017 11:34:44

DOCUMENTO 5  
ASL-0140636/17  
natalia.silva.0111  
06/06/2017 11:34:44

ASL-0140636/17  
natalia.silva.0111  
06/06/2017 11:34:44

ASL-0140636/17  
natalia.silva.0111  
06/06/2017 11:34:44

7a  
COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
15-04-2017  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA  
ASL-0140636/17  
natalia.silva.0111  
06/06/2017 11:34:44



**Abstract**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

[illegible]

**INTERVIEW WITH**

**COMPREV**  
COMPREV-SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

10-ASR.12017-0636  
PROTOCOLO  
AGUOA.O.PESSOA

COMPR. SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
AS 120170536/17  
PROTOCOLO  
RG 13040 PESSOA 17

120

117  
77  
3:29

177  
11  
120

[illegible]



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE/DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JUNIOR DA SILVA MEIRELES  
DATA DO ACIDENTE 10/11/2014 CPF DA VITIMA 092.190.494-06  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JUNIOR DA SILVA MEIRELES  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É JUNIOR DA SILVA MEIRELES  
ENDERECO DO PORTADOR Rua Severino José do Nascimento  
Nº 157 COMPLEMENTO BAIRRO ROGER  
CIDADE JOÃO PESSOA UF PB CEP 58020-395  
E-MAIL TELEFONE (83) 99921-9283

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTO 7 \*T76\*



OBS: SE PRESENTANTE FOR MENOR DE 18 ANOS, PRECISA SER ASSINADO POR SEU PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR [WWW.DPVATSEGURODOTRABANHISTO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRABANHISTO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

### POSTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/03/2017

Nº 3436-331

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA VITIMA

DATA

ASSINATURA Suelio Moreira Torres ASSINATURA



Seguradora LIDER DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE (DAMS)

## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA JÚNIORA DA SILVA MEIRELES

DATA DO ACIDENTE 28/05/2014 CPF DA VITIMA 092.140.498-06

PORTADOR DO DOCUMENTO SÔNIO DA SILVA MEIRELES

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL (CUIO PARANTESSO COM A VITIMA E SÔNIO DA SILVA MEIRELES)

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Severino José do Nascimento

Nº 157 COMPLETANDO 157 BARRO Rodv

CIDADE JOÃO PESSOA - PB UF PB CEP 58020-395

E-MAIL joao.pessoa@pb.gov.br TELEFONE (83) 99921-9223

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXERCIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE ORIGINAL, QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA SUA DEFINITIVA)
- ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE HABILITAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CRÉDITO DO CARTÃO BANCÁRIO)

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

OBS: SE PRESENTAR A CARTA QUEM REPR. SÔNIO DA SILVA MEIRELES, DE 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXERCIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPE DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEQUILIBRIO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES ORIGINAIS E LEGÍVEIS DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, OUTRINAS E OUTRAS NOTAS FISCIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS, HOSPITAIS, LABORATÓRIOS, RESPECTIVO RECEBUEIRO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CÉDULO DE HABILITAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CRÉDITO DO CARTÃO BANCÁRIO)

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR, DE 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 11.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PRESTADA NA LATA 6.154/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.000,00 (REEMBOLSO, ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS)
- O PRATO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODENDO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVAT.COM.BR OU LIGUE 0800 546 0800 022 1244

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 28/03/2017

DATA

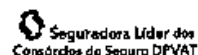
ASSINATURA SÔNIO DA SILVA MEIRELES

ASSINATURA

ASSINATURA SUELIO MOREIRA TORRES

ASSINATURA

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217459/17  
Vítima: JUNIOR DA SILVA MEIRELES  
CPF: 092.190.494-06

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/11/2014  
Titular do CPF: JUNIOR DA SILVA MEIRELES

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**JUNIOR DA SILVA MEIRELES : 092.190.494-06**

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.

#### Portador da documentação entregue

Data: 06/06/2017  
Nome: JUNIOR DA SILVA MEIRELES  
CPF : 092.190.494-06

JUNIOR DA SILVA MEIRELES

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 06/06/2017  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

