



Número: **0800149-59.2020.8.15.1071**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Jacaraú**

Última distribuição : **19/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDMILSON BEZERRA (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33893 407	02/09/2020 12:33	Contestação	Contestação
33893 416	02/09/2020 12:33	2747851_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
33893 418	02/09/2020 12:33	2747851_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO



Processo

Nº Processo: 0000778-08.2016.815.1071
 Classe: PROCEDIMENTO SUMARIO
 Status: BAIXADO
 Localizador: CXA 351
 Vara: VARA UNICA DA COMARCA DE JACARAU
 Distribuição: 22/08/2016
 Valor Ação: R\$12.462,50

Assuntos:

SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO
--------	----------------------

Movimentações:

	Data *	Descrição *
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	23/03/2017	BAIXA DEFINITIVA 23/03/2017 13:58 TJEJA04
2	23/03/2017	ARQUIVADO DEFINITIVAMENTE 23/03/2017
3	23/03/2017	EXPEDICAO DE DOCUMENTO CERTIDAO 23/03/2017
4	23/03/2017	JUNTADA DE PETICAO PETICAO (OUTRAS) 23/03/2017 P000047171071 13:37:18 SEGURAD
5	23/03/2017	JUNTADA DE PETICAO PETICAO (OUTRAS) 23/03/2017 P000046171071 13:37:18 SEGURAD
6	23/03/2017	JUNTADA DE PETICAO PETICAO (OUTRAS) 23/03/2017 P000019171071 13:37:17 SEGURAD
7	18/01/2017	PROTOCOLIZADA PETICAO PETICAO (OUTRAS) 18/01/2017 P000047171071 13:46:45 SEGURAD
8	18/01/2017	PROTOCOLIZADA PETICAO PETICAO (OUTRAS) 18/01/2017 P000046171071 13:32:40 SEGURAD
9	10/01/2017	PROTOCOLIZADA PETICAO PETICAO (OUTRAS) 10/01/2017 P000019171071 17:30:08 SEGURAD
10	16/12/2016	HOMOLOGADA A TRANSACAO 16/12/2016
11	16/12/2016	AUDIENCIA DE INSTRUCAO REALIZADA 16/12/2016 09:00
12	16/12/2016	AUDIENCIA DE INSTRUCAO DESIGNADA 16/12/2016 09:00
13	13/12/2016	JUNTADA DE PETICAO CONTESTACAO 13/12/2016 P001309161071 11:30:46 SEGURAD
14	13/12/2016	JUNTADA DE MANDADO 13/12/2016 D002356161071 11:30:46 001
15	29/11/2016	AUDIENCIA DE INSTRUCAO REALIZADA 28/11/2016 09:20
16	17/11/2016	PROTOCOLIZADA PETICAO CONTESTACAO 17/11/2016 P001309161071 16:51:11 SEGURAD
17	21/09/2016	JUNTADA DE DOCUMENTO CARTA DE INTIMACAO 21/09/2016
18	20/09/2016	EXPEDICAO DE DOCUMENTO NOTA DE FORO 20/09/2016 NF 158/1
19	20/09/2016	EXPEDICAO DE DOCUMENTO MANDADO 20/09/2016 EDMILSON BEZERRA
20	15/09/2016	AUDIENCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA 28/11/2016 09:00
21	05/09/2016	PROFERIDO DESPACHO DE MERO EXPEDIENTE 05/09/2016
22	23/08/2016	CONCLUSOS PARA DESPACHO 23/08/2016
23	22/08/2016	DISTRIBUIDO POR SORTEIO 22/08/2016 TJEJA15

Os resultados apresentados são de caráter informativo, não substituindo avisos ou intimações publicados no Diário da Justiça.

Consultas ao Telejudiciário através do telefone: (83) 3621-1581



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAIBA

Advogados Associados

Adriana Moura
Alexsandra Freitas
André de Silva
André de Souza
Cristiane Silva
Gabrielle Serrano

Gilson Erves
Juliana Cruz
Lohan Mota
Patricia Bonfim
Walter Araújo

Protocolo: P000019171071

Data : 10/11/2017 Hora : 17:30:08

Tipo : PETICAO (OUTRAS)

Processo : 0001778-08/2016/0151071

Status : ATIVO

Justiça Gratuita : SIM

Comarca : JACARAU

Vara : VARA ÚNICA DE JACARAU

Classe : PROCEDIMENTO SUMÁRIO

Assunto : SEGURO

Parte(s) Peticionante(s)

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGUROS

Guia : 1070017900024

Localizador: REGISTRAR SENTENÇA

VARA CÍVEL DA COMARCA DE JACARAU/PB

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDMILSON BEZERRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., **requerer a juntada da inclusa guia de recolhimento de custas finais, bem como diante do cumprimento da obrigação e da satisfação do credor, requer a baixa do processo no cartório distribuidor e o subsequente arquivamento dos autos.**

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.

Termos em que,

Pede Juntada.

JACARAU, 28 de dezembro de 2016.

João Barbosa
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

Protocolo: P000047171071
Data : 19/01/2017 Hora : 13:46:45
Tipo : PETICAO (OUTRAS)
Processo : 0000778-08.2016.815.1071
Status : ATIVO
Justiça Gratuita : SIM
Comarca : JACARAU
Vara : VARA ÚNICA DE JACARAU
Classe : PROCEDIMENTO SUMARIO
Assunto : SEGURO
Partes: Petitionante(s):
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGUROS
Guia : 1072017800041
Localizador: PRAZO



DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE JACARAU / PB

1071

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresa seguradora previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT, que lhe promove **EDMILSON BEZERRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V.Exa., **requerer a juntada do comprovante de Pagamento no valor de R\$ 5.568,75, bem como requer que seja expedido mandado de pagamento do valor que faz jus ao autor e em caso de honorários de sucumbência ao advogado do requerente.**

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.

JACARAU, 13 de janeiro de 2017.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477

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



PROCESSO Nº 0778.08.2016

Distribuído em

____/____/____

**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: Edmilson Bezerra

CPF: 535.609.494.91

Endereço completo: _____

Informações do acidente

Local: F2. Canto de Pedra. Lagoa de Iguatuba.

Data do Acidente: 08/12/2014

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 _____ Vara Cível ou JEC da Comarca de Jacaré.

João Pessoa/PB, 16 de dez. 2016

Edmilson Bezerra
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)?

Crânio-facial e joelho

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.

Sim

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):

Scanned by CamScanner



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.

Limitação de atividades físicas + estresse de luto

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).

b.2 ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento 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 6.194/74 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 <i>Crânio - fratura</i>	<input type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input checked="" type="checkbox"/> 50% Média <input type="checkbox"/> 75% Intensa
2º Lesão <i>Pele D</i>	<input type="checkbox"/> 10% Residual <input type="checkbox"/> 25% Leve <input checked="" 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 checked="" 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:

Tucuru *16.12.16*
Tamara Lobato
MÉDICA
CRM - PB 9327

Assinatura do médico - CRM

Dr. Jairo Dantas Gualberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-4382 TEOT 6514
028804382

Tamara C.F. Lobato
ACE Gestão D. Saúde

Scanned by CamScanner





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE JACARAÚ

TERMO DE AUDIÊNCIA

PROCESSO Nº 0000778-08.2016.815.1071

NATUREZA: Audiência Preliminar

DATA E HORÁRIO: 16.12.2016 às 09 horas

PRESENTE: o Dr. Perilo Rodrigues de Lucena, Juiz de Direito;

PROMOVENTE: EDMILSON BEZERRA - CPF 535.609.494-91 e seu DR. a

JAILSON BARROS DO NASCIMENTO, OAB/PB 10.189, CPF 572.592.084-49, a

promovida por preposto DR. SUELIO MOREIRA TORRES, CPF 052.236.464-01

e Advogados DR. ANDRÉ LUIZ F. VASCONCELOS SOBRINHO, OAB/PB 18.747 e DR. ANDRÉ AIRES ROCHA RIBEIRO, OAB/PB 17.566. AUSENTES:

OCORRÊNCIA: Pelo MM. Juiz foi dito que foi formulado acordo entre as partes não houve.

no sentido de que a promovida concorda com o levantamento ofertado (R\$ 5.568,75, sendo R\$ 5.062,50 para parte e R\$ 506,25 para o Advogado), consoante cálculos em anexo, ao passo que o promovente concorda com o levantamento e a extinção do feito, com o que anuíram as partes e seus Advogados. Assim sendo, na forma do art. 487, III do CPC, passo a proferir a seguinte sentença: **AÇÃO ORDINÁRIA. ACORDO FIRMADO ENTRE AS PARTES. HOMOLOGAÇÃO.**

EXTINÇÃO DO PROCESSO COM JULGAMENTO DE MÉRITO. INTELIGÊNCIA DO ARTIGO 487, III, DO CPC. Há de ser homologado o acordo firmado entre as partes. *Vistos, etc.* Nesta Comarca, EDMILSON BEZERRA - CPF 535.609.494-91, ingressou com ação de COBRANÇA em

desfavor de SEGURADORA LIDER, tendo as partes acordado nos termos supramencionados, após o que o processo me veio concluso para deliberação. É o breve relato. Decido: Há de ser homologado o acordo firmado entre as partes legitimamente representadas e sendo lícito o objeto. **EX-POLIS: DESTARTE**, e tendo em vista o que mais dos autos consta e princípios de direito aplicáveis à

[Handwritten signature]



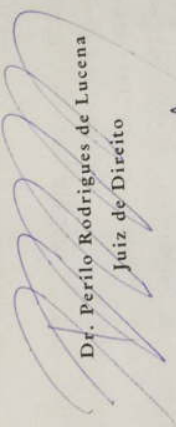
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:07

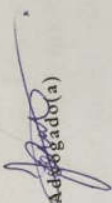
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090212330720200000032425784>

Número do documento: 20090212330720200000032425784

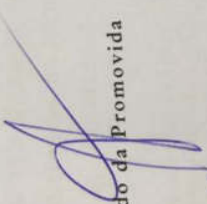
16 10 11

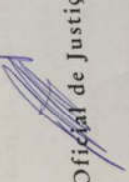
espécie, JULGO, por sentença, e para que produza os devidos e legais efeitos, EXTINTO O PROCESSO, na forma do art. 487, III do CPC, o ARQUIVAMENTO dos autos, com BAIXA na distribuição. Sentença publicada em audiência e intimados os presentes, que renunciaram ao prazo recursal, registre-se e cumpra-se. Tendo em vista a sucumbência recíproca, expeça-se guia paga pagamento de custas finais pela seguradora. EXPEÇA(M)-SE os competentes alvarás. Após, arquite-se. E, como não havia mais nada a tratar, mandou o MM. Juiz encerrar o presente termo, que fica devidamente assinado pelos presentes.


Dr. Perilo Rodrigues de Lucena
Juiz de Direito


Promovido(a)


Promovida


Advogado da Promovida


Oficial de Justiça



SCRITÓRIO RESPONSÁVEL JR		CHECK LIST - MUTUIROS DE CONCILIAÇÃO - DPVAT		SCRITÓRIO QUE REALIZOU A AUDIÊNCIA: (X) O MESMO () OUTRO		DATA DA AUDIÊNCIA: 16/12/2016		GPROC/SISJUR: 2233555	
(X) VC () JEC () TJ		COMARCA: JACARAÚ		UF: PB					
AUTOR		DADOS DO PROCESSO							
Nº PROCESSO (CNU)		NOME: EDMILSON BEZERRA		REPRESENTANTE LEGAL		DATA DO AUIZAMENTO: 22/08/2016			
VÍTIMA		(X) VÍTIMA () BENEFICIÁRIO		() REPRESENTANTE LEGAL					
EX ADVERSO		NOME: () INCAPAZ () MENOR		OAB/UF: 16.928-PB					
OBJETO		NOME: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA		DATA DO SINISTRO: 08/12/2014					
DADOS DO VEÍCULO ENVOLVIDO		(X) INVALIDEZ INTEGRAL () INVALIDEZ DIFERENÇA () OUTROS		CATEGORIA: () 00 () 01 () 02 () 03 () 04 () 08 (X) 09 () 10 () 19					
LAUDO NOS AUTOS?		INVALIDEZ PERMANENTE		PARTICULAR () MUTUÁRIO ANTERIOR () OUTROS:					
LESÃO APURADA		() NÃO () SIM () JUDICIAL () PARTICULAR () 10% () 25% () 50% () 75% () 100%							
AVALIAÇÃO MÉDICA NO MUTUÁRIO:		1. <u>CRANIO FACIAL</u>		() 10% () 25% () 50% () 75% () 100%					
		2. <u>JOELHO D.</u>		() 10% () 25% () 50% () 75% () 100%					
		3. <u></u>		() 10% () 25% () 50% () 75% () 100%					
		4. <u></u>		() 10% () 25% () 50% () 75% () 100%					
EMPRESA MÉDICA		(X) ACE () ATPE () CNIS () EXTRACARE () MOZES () SALEK () SAUDESEG							
PERITO JUDICIAL		NOME:							
ASSISTENTE TÉCNICO		NOME:							
DATA DO ÓBITO:		CERTIDÃO DE ÓBITO		BENEFICIÁRIOS () CONJUGE () FILHOS () OUTROS:				QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS:	
		() SIM () NÃO							
PAGAMENTO ADMINISTRATIVO		(X) SIM () NÃO		VERIFICAÇÃO MEGADATA				RUBRICA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL PELA CONSULTA:	
VATUREZA DO SINISTRO:		() 1 - MORTE (X) 2 - INVALIDEZ () 3 - DAMS							
VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:		RS: 3.3375,50							
4º SINISTRO ADM:		DATA DO PAGAMENTO:							
VATUREZA DO SINISTRO:		() 1 - MORTE () 2 - INVALIDEZ () 3 - DAMS							
VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:		RS:							
4º SINISTRO ADM:		DATA DO PAGAMENTO:							
PAGAMENTO JUDICIAL		() SIM () NÃO							
VATUREZA DO SINISTRO:		() 1 - MORTE () 2 - INVALIDEZ () 3 - DAMS							
VALOR DO PAGAMENTO JUDICIAL:		RS:							
4º SINISTRO JUD:		DATA DO PAGAMENTO:							
ACORDO		(X) SIM () NÃO		MOTIVOS PARA NÃO REALIZAÇÃO DO ACORDO					
Valor da indenização:		RS: 5.062,50		() PROCESSO EXTINTO SEM RESOLUÇÃO DE MÉRITO					
Valor dos honorários:		RS: 506,25		() REGULAÇÃO 2/3 (AUSÊNCIA DE COBERTURA)					
Valor total do acordo:		RS: 5.568,75		() REGULAÇÃO 2/3 (AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL)					
() NÃO				() REGULAÇÃO 2/3 (PROPRIETÁRIO INADIMPLENTE)					
				() REGULAÇÃO 8 (INDÍCIOS DE IRREGULARIDADE)					
				() JÁ EXISTE PAGAMENTO JUDICIAL EM OUTRO PROCESSO					
				() SINISTRO ADIMPLIDO NA VIA ADMINISTRATIVA					
				() VÍTIMA AINDA EM TRATAMENTO					
				() RENÚNCIA (MARCAR TAMBÉM O MOTIVO NAS OPÇÕES ANTERIORES)					

02/09/2020 - 12:33:07 e PIA 10 4115/16 no BO DIFENCO PA HOSPITALAR

PROCESSO Nº 0778.08.2016

PERITO _____

BANCA _____

Manhã _____

Tarde _____

AValiação Médica

PARA FINS DE CONCILIAÇÃO

(Art. 31º da Lei 11.340 de 08/07/2008 que altera a Lei 6.134 de 14/12/194)

Distribuído em _____

Nome completo: Edmilson Bezerra

CPF: 535.609.494.91

Endereço completo: _____

Informações do acidente

Local: EZ. Canteiro de Obras - Lagoa do Ruteiro

Data do Acidente: 08.12.2014

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 nº _____, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na _____ Vara Cível ou JEC da Comarca de Jacaré

João Pessoa/PB, 16 de abril de 2014

Suelio Moreira Torres

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(s)/região(s) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Crânio - face e pescoço

b) as alterações (distúrbios) 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.

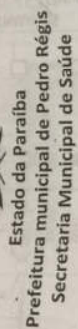
Sim

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):

Tamara C.F. Roberto
ACE GESTÃO DE SAÚDE



ORDER: 24000-70
 Enderbush
 MICHIGAN A. C. Co.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
Laudo Médico / Resumo de Alta



Nome: <u>Camurça Benem</u>	Registro:			
Idade: <u>65</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>brn</u>	Ent: <u></u>	Lado: <u></u>
Data de admissão: <u>10-17-14</u>	Data da alta: <u>10-17-14</u>			
Diagnóstico inicial: <u>Qual encoberto de corte</u>				
Diagnóstico final: <u>8 mm</u>				
Outros diagnósticos: <u></u>				
Principais exames: <u>TC de face</u>				
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Caldeira</u>				
Terapêutica medicamentosa: <u></u>				
Anatomia patológica: <u></u>				
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()				
Resultado bacteriológico: <u></u>				
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()				
Resumo clínico: <u>história evolução, terapêutica, complicações</u> <u>paciente com trauma de membro superior direito</u> <u>apresentando dor e inchaço no local</u> <u>7 dias de tratamento</u>				
Diet: <u>líquida</u>				
Repouso: <u>relativo em casa por 7 dias</u>				
Retorno: <u>relativo em casa por 7 dias</u>				
Ao posto de saúde em: <u>7 dias e com maior em, dias</u>				
Ao ambulatório: <u>7 dias e com maior em, dias</u>				
Cuidados com a ferida operatória: <u>lavar com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.</u>				
Medicações para casa: <u></u>				
Retorno: <u>10 de 17 de 14</u>				
Ao posto de saúde em: <u>10 de 17 de 14</u>				
Ao ambulatório: <u>10 de 17 de 14</u>				
João Pessoa, <u>10</u> de <u>17</u> de <u>14</u>				
Ass. Médico / CRM <u>10</u>				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO				



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE JACARAÚ

TERMO DE AUDIÊNCIA

PROCESSO Nº 0000778-08.2016.815.1071

NATUREZA: Audiência Preliminar

DATA E HORÁRIO: 16.12.2016 às 09 horas

PRESENTE: o Dr. Perilo Rodrigues de Lucena, Juiz de Direito;

PROMOVENTE: EDMILSON BEZERRA - CPF 535.609.494-91 e seu DR.

JAILSON BARROS DO NASCIMENTO, OAB/PB 10.189, CPF 572.592.084-49, a

promovida por preposto DR. SUELIO MOREIRA TORRES, CPF 052.236.464-01

e Advogados DR. ANDRÉ LUIZ F. VASCONCELOS SOBRINHO, OAB/PB 18.747 e DR. ANDRÉ AIRES ROCHA RIBEIRO, OAB/PB 17.566. AUSENTES:

OCORRÊNCIA: Pelo MM. Juiz foi dito que foi formulado acordo entre as partes não houve.

no sentido de que a promovida concorda com o levantamento ofertado (R\$ 5.568,75, sendo R\$ 5.062,50 para parte e R\$ 506,25 para o Advogado), consoante cálculos em anexo, ao passo que o promovente concorda com o levantamento e a extinção do feito, com o que anuíram as partes e seus Advogados. Assim sendo, na forma do art. 487, III do CPC, passo a proferir a seguinte sentença: **AÇÃO ORDINÁRIA. ACORDO FIRMADO ENTRE AS PARTES. HOMOLOGAÇÃO.**

EXTINÇÃO DO PROCESSO COM JULGAMENTO DE MÉRITO.
INTELIGÊNCIA DO ARTIGO 487, III, DO CPC. Há de ser homologado o acordo firmado entre as partes. *Vistos, etc.* Nesta Comarca, EDMILSON BEZERRA - CPF 535.609.494-91, ingressou com ação de COBRANÇA em desfavor de SEGURADORA LIDER, tendo as partes acordado nos termos supramencionados, após o que o processo me veio concluso para deliberação. É o breve relato. Decido: Há de ser homologado o acordo firmado entre as partes legitimamente representadas e sendo lícito o objeto. **EX-POSITIS: DESTARTE**, e tendo em vista o que mais dos autos consta e princípios de direito aplicáveis à

Handwritten signature and initials.



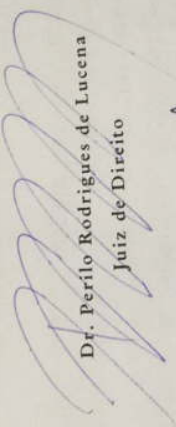
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090212330720200000032425784>

Número do documento: 20090212330720200000032425784

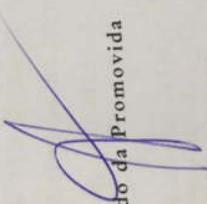
16 10 11

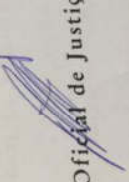
espécie, JULGO, por sentença, e para que produza os devidos e legais efeitos, EXTINTO O PROCESSO, na forma do art. 487, III do CPC, o ARQUIVAMENTO dos autos, com BAIXA na distribuição. Sentença publicada em audiência e intimados os presentes, que renunciaram ao prazo recursal, registre-se e cumpra-se. Tendo em vista a sucumbência recíproca, expeça-se guia paga pagamento de custas finais pela seguradora. EXPEÇA(M)-SE os competentes alvarás. Após, arquite-se. E, como não havia mais nada a tratar, mandou o MM. Juiz encerrar o presente termo, que fica devidamente assinado pelos presentes.


Dr. Perillo Rodrigues de Lucena
Juiz de Direito


Promovido(a)


Promovida


Promovida


Oficial de Justiça



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3150305789 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EDMILSON BEZERRA**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**BENEFICIÁRIO** EDMILSON BEZERRA**CPF/CNPJ:** 53560949491

Posição em 15-12-2016 11:28:32

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
27/05/2015	R\$ 3.037,50	R\$ 0,00	R\$ 3.037,50

ACESSIBILIDADE[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documento Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (</Pages/Pague-Seguro.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx>)

Informações Gerais (</Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx>)



ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização
(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx> 15/12/2016

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090212330720200000032425784>
Número do documento: 20090212330720200000032425784

Num. 33893416 - Pág. 19

1ª INSTÂNCIA

Nº 0000778-08.2016.815.1071
vara unica de jacarau DIST.: 22/08/2016 13:09
PROCEDIMENTO SUMARIO
seguro
Autor EDMILSON BEZERRA
Reu SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO
Em: __/__/__ Analista: _____



Folha nº



Saraiva & associados
Dr. Emmanuel Saraiva Ferreira
Av. Floriano Peixoto, N.º 4510, Matinhos,
- Campus Grande-PB.
Tel (083) 3342-2704

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA
CIVEL DA COMARCA DE JACARAÍ - PB
0000778-08.2016.815.1071



Em 18/08/16
Sr. Suelio Moreira Torres

RG nº 2.313.266 e inscrito no CPF sob o nº 535.609.494-91, residente e domiciliado (a) na (o) Rua Projéctua, S/N, Lagoa de Dentro PB, por intermédio do seu bastante procurador que esta onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex. - propor o presente

**ACÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT
POR INVALIDEZ- COMPLEMENTO.**

Contra: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT, podendo ser citada através de seu representante legal na Rua Senador Damas nº 74, . 5º andar, Rio de Janeiro-RJ, CEP. 20.031-201, CNPJ: 09.248.608/0001-04 exposto e ao final requerendo o seguinte:

AB INITIO, diante da situação financeira em que se encontra, o Promovente requereu inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso a justiça e judiciária gratuita, nada basta além do simples pedido, expondo a impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, pretendendo em petição inicial, conforme preceitua a Lei de nº 1.060, de 05.02.1950 do Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.

DOS FATOS

No dia 08/12/2014, trafegava pela saída da cidade de Lagoa de Dentro PB, no carona na motocicleta HONDA/CG 150 FAN, de cor Prata e placa MNN 0841/PB, quando ao fazer uma curva, se deparou com um animal na estrada, vindo a bater e cair, sendo socorrido por populares e encaminhado para o Hospital de Trauma de João Pessoa - PB, apresentando POLITRAUMIA, conforme faz prova com a **certidão de ocorrência de policial e prontuário médico, em anexo.**

Ocorre que o autor requereu administrativo o DPVAT, sendo que, recebeu R\$ 3.037,50 (três mil trinta e sete reais e cinquenta centavos), conforme documentos em anexo, sendo que, o pagamento foi realizado tomando como base a circulares da Seguradora



Lider, examinada por instituições administrativas, fazendo um detramento da norma que rege a matéria em tela.

O membro afetado foi a **TODO O CORPO**, sendo que, segundo a tabela firmada na Lei nº 11.943/2009, motivo pelo qual, deve a seguradora complementar a indenização nos termos da norma jurídica.

DO DIREITO

Acontece que o DPVAT não pode ser pleiteado junto a Demunhã, porque se nega a receber a liquidar o seguro, visto que, entende que o beneficiário não é portador de seqüela indenizável.

A Lei nº 11.945, de 4 de junho de 2009, ainda determina. In verbis:

"Art. 31. Os arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será parâmetro, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de seqüelas residuais." - Grifo nosso

Resalte-se que foi um grande e substancial avanço da norma em que prese ao legislador abandonar o dano, passando a quantificar as lesões entendidas pelas seguradoras agora como "seqüelas residuais" em grau mínimo em 10% (dez por cento).

O que obviamente não poderia, mas ocorrer era condicionar o pagamento das indenizações a amputação, perda de órgãos vitais para só assim o beneficiário receber a indenização devida por lei. O pagamento diante das inovações passou desta forma a ter outra conotação e interpretação determinando o pagamento até mesmo em casos de pequena debilidade. Nunca é demais ressaltar que o Art. 5º da Lei 6.194/74 prevê que a indenização securitária seja paga "independentemente da existência de culpa", bastando a simples prova do acidente e do dano decorrente.

Em consonância o art. 927, CC, estabelece que a obrigação de reparar surja quando for praticado ato ilícito que cause danos a outrem, não é imitável pretender que um seguro garanta indenização mediante "simples prova do acidente e do dano", sem perquirir acerca do causador ou do responsável pelo sinistro, seja considerando como de responsabilidade civil, o que configuraria uma aberração jurídica.

A própria SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – esclarece em seu site (www.susep.gov.br) que qualquer vítima de danos causados por veículo automotor de via terrestre pode requerer o seguro, inclusive o motorista culpado. Portanto, ainda que se considere que a dispensa do elemento culpa se deve ao fato de a Lei 6.194/74 tratar de responsabilidade civil objetiva, não se pode olvidar o fato de que essa norma não pressupõe ao menos que a vítima seja um terceiro prejudicado (outrem), mas, ao contrário disso, ainda diz que havendo vítimas em mais de um veículo envolvido, a indenização será paga pela seguradora dos respectivos veículos. O que mais uma vez comprova que esse seguro é simplesmente de dano e não de responsabilidade civil.

A Lei n. 6.194/74 determina o pagamento da indenização mediante a **SIMPLES** ocorrência do acidente e do dano por ele provocado, no entanto, as seguradoras, dentre as quais figura a promovida, procuram inviabilizar o DPVAT, fundando sua posição em

resoluções e estruturas, as quais encontram em total colisão com o dispositivo legal infracionado.

Como se observa, a Lei não pode se curvar aos interesses mero ambicionadores das seguradoras, que militam no ramo de seguro desde Páris, sendo que, na verdade o verdadeiro, caracterizaria um perigo para o cidadão comum.

preceitos que:

Quando ao Direito a percepção do seguro a Lei n. 6.194/74, art. 5º,

do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não rescisão, abolição qualquer franquia de responsabilidade do segurado; Cópia n. 100.

Interesse no dispositivo legal infracionado que a indenização será devida mediante a "SIMPLES" ocorrência do acidente e do "DANO" por ele provocado. O Governo Federal, em maio de 2007, sancionou a Lei nº 11.482/2007, que alterou a Lei nº 6.194/74, 40 (quarenta) salários mínimos, sendo que, anteriormente, o valor do DPVAT, correspondia a a ter a seguinte redação:

O "Art. 3º, in verbis:

"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 suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vítima de:

I - RS 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

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

III - até RS 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares

A JURISPRUDÊNCIA

Recentemente, a 4ª Câmara do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, em outro processo similar, assim pronunciou sobre a ausência de Laudo do INML, sentindo vejamos:

JULGADOS DA QUARTA CÂMARA
PUBLICAÇÃO: 24 DE MAIO DE 2006

APELAÇÃO CÍVEL Nº 078.2003.000326-1/01

RELATOR DE: Antônio de Pádua Lima Moura Negro

APELANTE: Umberson Alig Seguros

APELADO: Sérgio Ricardo Souto Campos

DPVAT - Seguro obrigatório. Invalidez permanente. Indenização. Processos da ação. Apelação Civil - Preliminar de carência de ação. Rejeição. Preliminar de falta de legitimidade passiva. Rejeição. Alegação de compensação da C.N.S.P. (Conselho Nacional de Seguros Privados) para editar instruções. Impossibilidade de vinculação de indenização ao salário mínimo. Apelação Civil desprovida. Não há que se falar em carência de ação pela ausência de comprovação documental concreta ao laudo pericial do INML, quando presente nos autos outros elementos de prova que comprovam plenamente a ocorrência do Autor. Possuem legitimidade para figurar no polo passivo da ação de cobrança para recebimento de indenização do seguro todas as seguradoras que fazem parte do consórcio previsto no artigo 7º da Lei 6.194/74. O valor da indenização devida em virtude do seguro, DPVAT, em caso de invalidez permanente, é de até 40 (quarenta) salários mínimos, nos termos do art. 3º da Lei 6.194/74, devendo prevalecer essa norma frente ao teto fixado pela CNSP. É legítima a fixação do valor devido em razão do seguro DPVAT, com base no salário mínimo, nos termos da Lei 6.194/74, por não produzir um fator de correção, mas de simples fixação do valor da indenização. ACORDA a Quarta Câmara Civil do Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, por votação unânime, em REJEITAR AS

*PRELIMINARIS. E. MÉRITO, NEGAR PROSUECIMENTO À APELAÇÃO CÍVEL, em
conferência com os autos e com o Relatório, que passou a integrar o julgamento. - CRIATIVOS*

Com o advento da Lei nº 8.241/92, anexada pela Recorrente, esta foi
segundizada que exploram o ramo do seguro obrigatório, mas tão somente de amparar as
vítimas e os parentes das vítimas de acidente de trânsito que em nosso país mata milhares de
pessoas.

DO REQUERIMENTO

PELO EXPOSTO, requer a V. Ex.ª, com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c,
Art. 31 da Lei nº 11.945, de 4 de junho de 2009, requer a condenação da Recorrente, esta foi
segundizada que exploram o ramo do seguro obrigatório, mas tão somente de amparar as
vítimas e os parentes das vítimas de acidente de trânsito que em nosso país mata milhares de
pessoas.

- 1- Seja citado o Promovido, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal,
sob pena de revelia e confissão, com fundamento no Art. 221.1 do Código de Processo Civil,
Pátrio, seja a promovida, citada através de AR (Correios e Telegráficos);
- 2- Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em ato contínuo em
conformidade com o rito especial imposto a lide, tenha início a instrução e julgamento;
- 3- Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente
nas provas periciais, documentais e depoimento do autor;
- 4- Requer a intimação das testemunhas cujo rol segue ao pé desta, para serem ouvidas em
audiência a ser designada pelo Douto Juiz;
- 5- Com base na Súmula 54 do STJ, que o valor da condenação seja acrescido de juros e correção
monetária retroativa a data do sinistro;
- 6- Seja a demandada condenada em honorários advocatícios em 20% sobre o valor da
condenação, mais custas processuais e demais emolumentos;
- 7- Que já seja solicitado cópia do Promitido Médico Hospitalar ao Hospital que efetuou o
procedimento médico cirúrgico no autor;
- 8- Requer ainda, que seja oficiada a direção do IML, para realizar a perícia no autor, visto que tal
providência torna-se imprescindível para o julgamento da presente demanda;
- 9- Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art. 2º da Lei n. 1.060/50, por ser o
mesmo pobre na forma da lei;
- 10- Dar-se à presente causa o valor de R\$ 12.462,50 (doze mil quatrocentos e sessenta e dois
reais e cinquenta centavos), para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos,
pede e espera deferimento.

Lagoa de Dentro – PB, em 28/05/2015

EMANUEL SARAIVA FERREIRA
ADVOGADO - OAB/PB 16.928

QUESTITOS PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

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

PACIENTE: _____

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

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

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

4) EXISTEM SEQUELAS _____ RESIDUAIS? _____

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

Sem mais, em ____/____/____
(assinatura - carimbo - CRM)



DECLARAÇÃO DE POBREZA



Sr(a) Edmilson Piegina
Brasileiro (a), Coronado
RG nº 2.313.435, CPF nº 535.664.494-91, portador de
intimido(a) no(a) Rua Pinheiro 570 B, Para
na cidade de Engenheiro de Porto Estado da
Pernambuco. Declara nos termos da Lei n. 1.060/50, que é
pobre na forma da Lei, não dispondo de meios que possibilitem a custear as despesas
processuais na Ação Coletiva e/ou Reparação de Danos Materiais, na Comarca de
Jacaré. Afirma ainda ser conhecedor das sanções
penais, caso a presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais digno de registro, assina
o presente.

Engenheiro de Porto - PE, em 28/12/2014

Edmilson Piegina
Declarante



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgente: Bel. Emanuel Bezerra, brasileiro,

CPF nº 000.000.000-00, portador do CPF nº 000.000.000-00

CPF nº 000.000.000-00, residente e domiciliado em rua

CPF nº 000.000.000-00, nomeia e outorga poderes ao

Outorgado: Bel. EMANUEL SARAIVA FERREIRA, Solteiro, OAB 16928/PB e

a Bela MARIANA ATENEU FERNANDES DO AMARAL, brasileira, solteira, ambos

possuindo ser intimados na Rua Floriano Peixoto 4310, Malvinas, nesta cidade de Campina

Grande/PB, ao qual confere amplos e gerais poderes para o foro em geral com a cláusula

"ad Judicia", art. 38 parte final do CPC, COM FIM ESPECIAL DE ENTRAR NA

JUSTIÇA COM AÇÃO DPVAT, junto à comarca de Joazeiro

PB, podendo os outorgados, confessarem, assintarem, desistirem, propter acordo,

receberem intimações, darem quitações, transigirem, apresentarem réplica, oposições,

firmarem, apresentarem recurso e contra razões, e ainda requererem seguro de vida, junto

com o bem como, substabelecer esta com ou sem reservas de poderes, podendo e acompanhar

tudo processo até o final do julgamento, representando ainda o outorgante, podendo ajustar

apelação criminal, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao Egrégio

Tribunal de Justiça do Estado da Paraná, podendo

finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

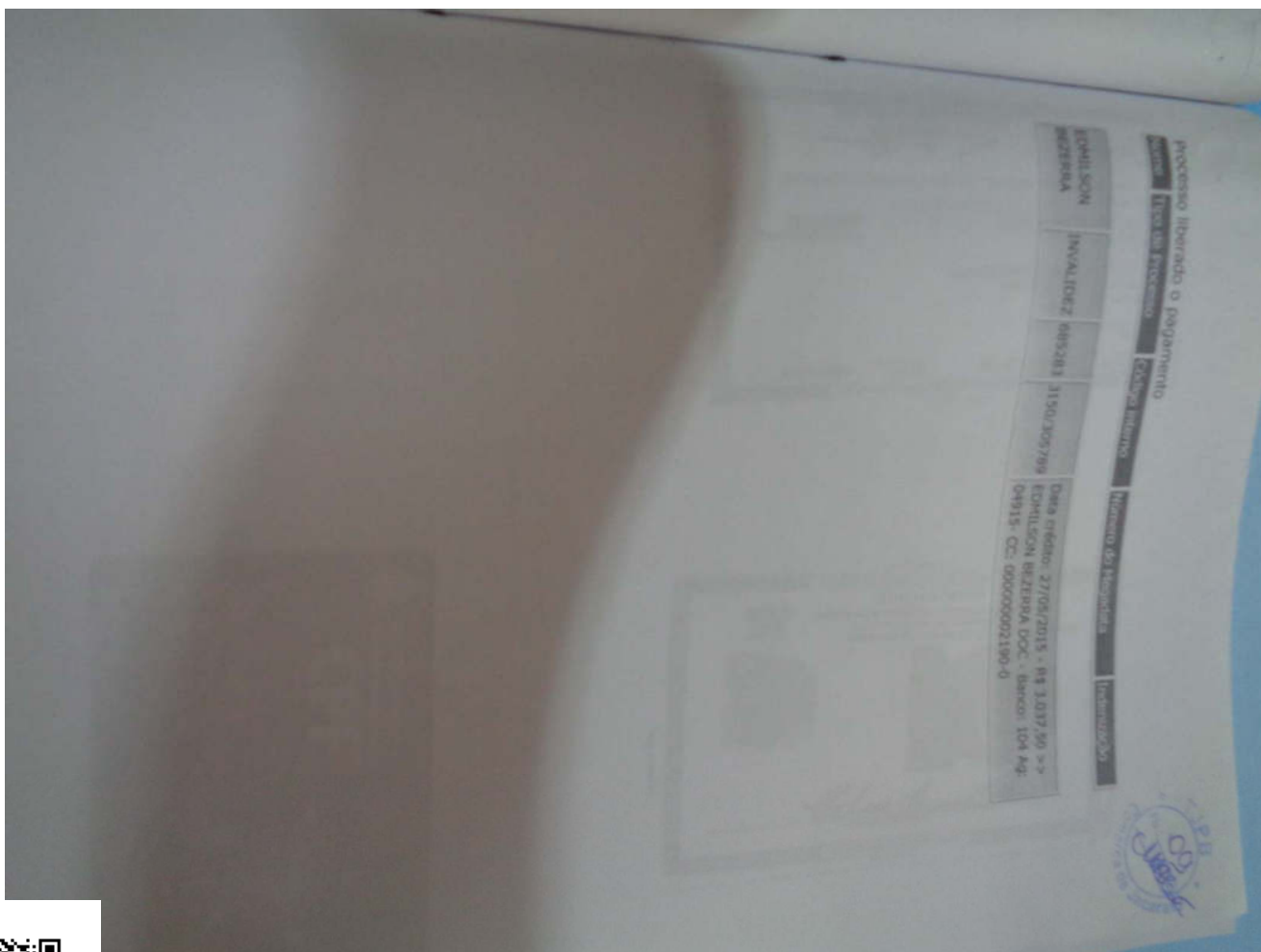
Pelo presente instrumento as parte outorgante e outorgado firmam o presente contrato, onde o fica estabelecido que honorários advocatícios sejam pagos na base de 20%, (vinte por cento) sobre o valor bruto da condenação final apurado em liquidação de sentença, sem prejuízos dos honorários de sucumbência, conforme pacto através do presente contrato, nos termos do Art. 22, § 4º, da Lei 8.906-1994. Nada mais a constar lavro o presente que vai por todos devidamente assinado para que surta seus jurídicos e legais efeitos.

Luiza de Deus - PA, em 28/11/2014.

Outorgente: Bel. Emanuel Bezerra

* Isento de reconhecimento de Firma, em face de Lei nº 8.952, de 13/12/1994, que dá nova redação ao art. 38 do CPC.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

1-237

Nome: EMILSON BEZERRA
Matrícula: 2.313.435 - 2ª VIA
Data de Expedição: 14/05/2013
Local de Nascimento: LAGOA DE DENTRO, PB
Data de Nascimento: 06/10/1958
Cert. Cas. nº 1193 - EM BEA - R. 2229 - CENTRO CACARA PB

[Assinatura]

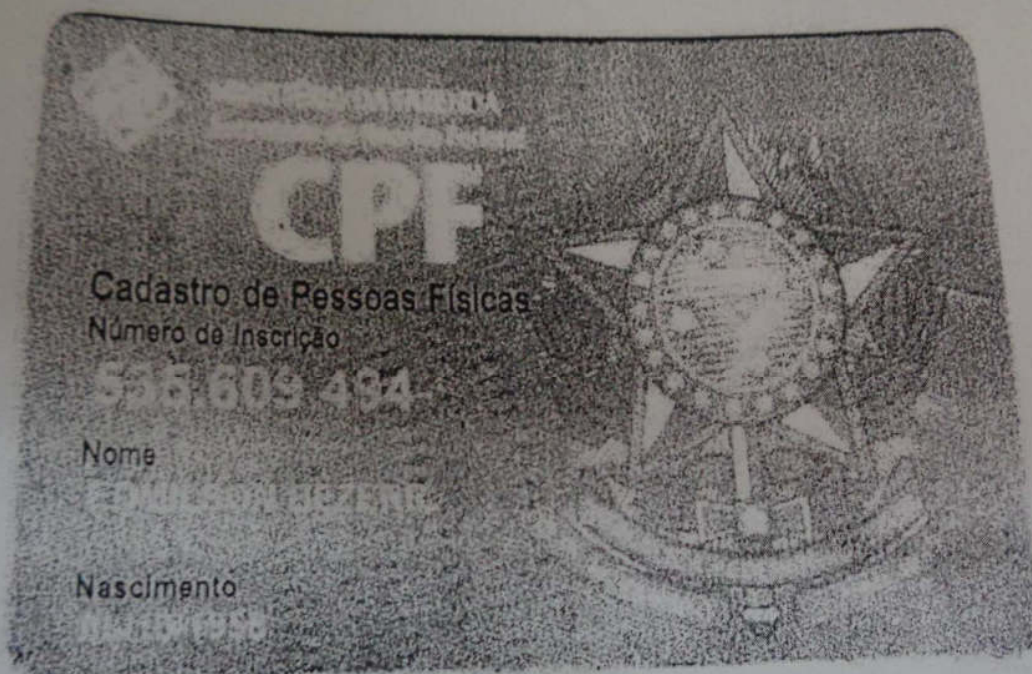
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

1-237

[Assinatura]

CARTÃO DE IDENTIDADE





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.313.435 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 14/06/2013

NOME EDMILSON BEZERRA

FILIAÇÃO MANOEL AMARO BEZERRA
SEVERINA ANDRÉ DO NASCIMENTO

NATURALIDADE LAGOA DE DENTRO, PB DATA DE NASCIMENTO 06/10/1958

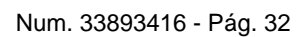
DOC. ORIGEM CERT. CAS. Nº1292 - LIV.B-04 - FLS.229 - CARTORIO CAIÇARA PB.

CPF 535.609.494-91
João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR *[Assinatura]* **João Neto**

LEI Nº 7.418 DE 29/09/93





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
3ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DO MUNICIPIO DE PILÕES/PB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL



CERTIFICADO para os devidos fins e efeitos legais, que fora registrado o Boletim de Ocorrência de número 464/14, folhas nº464, Registro nº 464/2014, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos dezessete (17) de Dezembro de 2014, nesta cidade de Píloes/PB, e na Delegacia de Polícia Civil desta cidade de Píloes/PB, presente a Autoridade Policial, e na Delegacia de Polícia Civil desta cidade de Píloes/PB, presente a Autoridade Policial o Dr. ERAÍDO VIEIRA BARBOSA, Delegado de Polícia Civil, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 10:50h, comparece EDMILSON BEZERRA brasileiro, natural LAGOA DE DENTRO /PB, CASADA, AGRICULTOR, alfabetizado, RG/2.313.266 SSP/PB CPF nº. 609.494-91 nascido em 06/10/1958, filho de VANOL AVARO BEZERRA e de SEVERINA ANDRÉ DO NASCIMENTO, residente e domiciliado Rua PROJETADA S/N NOVO EM LAGOA DE DENTRO /PB. E PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: Afirma o declarante que no dia, 08/12/2014 a declarante estava na garupa da motocicleta MARCA/MODELO/HONDA CG 150 FAN AMO 2007/2008, cor PRATA, placa MN0841/PB, chassi 9C2JC30708B128659, de Propriedade do Sr(a):SEVERINO DO RAMO F DE OLIVEIRA, afirma o declarante que na saída da cidade que liga lagoa de dentro a sítiozinho tinha um animal na estrada quando ao fazer a curva se deparou com animal chegando abater e vindo cair no solo onde foi socorrido por populares que passaram pelo local levando para o hospital de trauma em João Pessoa onde foi realizado cirurgia e sofrendo varias lesão pelo corpo afirma o declarante vê diagnostico em ficha ambulatorial deste citado hospital que segue em anexo. O REFERIDO É VERDADE. DOU PB, 2014.

NOTICIANTE:

Suelio Moreira Torres

VISTO E ASSINADO

[Assinatura]



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
LABORATÓRIO DE PATOLOGIA E TRAUMA, HOSPITAL HUMBERTO LUCENA
LABORATÓRIO DE ANÁLISE



Nome	João Pessoa			Idade	17	Sexo	M	Profissão	Estudante
Data de admissão	10-12-14			Data de alta					
Diagnóstico inicial	Lesão por queda								
Diagnóstico final	Lesão por queda								
Outros diagnósticos									
Principais exames	TC da cabeça								
Chirurgia realizada - data e equipe	Não realizada								
Terapêutica medicamentosa									
Análises patológicas									
Infecção: sim () não ()	Não								
Resultado bacteriológico									
Condições de alta	Removido () Curado () Óbito ()								
Resumo clínico: história, evolução, terapêutica, complicações	Paciente com história de queda, lesão por queda, TC da cabeça sem alterações, evoluiu com melhora, alta para casa.								
Dieta	Alimentação normal								
Reposição	Reposição em casa por...								
Referência	Ass. Médico CRM								

+ 0051 011 4260 1111

RECEITÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª VIA - Orientação ao Paciente

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Dr. Carlos A. V. Galvão Filho

CNO: 10000000000000000000 UF: PA

Endereço: Av. ...

Cidade: Belém UF: PA

Telefone: ...

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: ...

Endereço: ...

Prescrição: ...

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: ...

RG: ... UF: PA

Endereço: ...

Cidade: ... UF: PA

Telefone: ...

IDENTIFICAÇÃO DO PRESCRITOR

Dr. Carlos A. V. Galvão Filho

CPF: ...

Assinatura: ...

IDENTIFICAÇÃO DO RECEBEDOR

Assinatura: ...

CPF: ...

Data: ...

Assinatura do Responsável: ...

Assinatura do Farmacêutico: ...

Assinatura do Recebedor: ...



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAIBA
COMPLEXO DE JACARAÍ - CRIMINAL DE DISTRIBUIÇÃO
tipo de distribuição: SECRETO
processo: 0000778-08.2016.815-1071
classe: PROCEDIMENTO SUMÁRIO
valor da causa : 12462,50
pela : 11
autor : EMILSON BEZERRA
advogado : SEGURADORA LIDER DOS CONSUMIDORES
advogado : VERA ÚNICA DE JACARAÍ
advogado : PERILO RODRIGUES DE LUCENA
protocolo: MARINHO MENDES MACHADO



Postagem(R\$): Valor da Causa : UFR 297,22 |
 Remessa(UFR): Taxa Judiciária : R\$ 202,50 |
 Diligências : Tipo: 84 (7) Outr+ Custas Judiciais : R\$ 890,23 |
 — Fundo Judiciário : R\$ 1.092,73 |
 — + Valor Rato : R\$ 18,17 |
 — + Valor Diligências : R\$ 79,49 |
 — + Valor Banco : R\$ 1,35 |
 — Total da Guia : R\$ 1.191,74

CERTIDÃO

Certifico, por dever de ofício, para que esta produza os devidos efeitos legais que, em cumprimento determinação do MM. Juiz de Direito desta Comarca, consta acima, simulação do cálculo das custas e outras despesas a serem pagas neste processo.

Jacaratã, 22 de agosto de 2016

JACINTO ANTONIO PESSOA





Vistos, etc.

Preliminarmente, DEITO a gradualidade processual, com as benéficas a ela inerentes, vez que presentes os requisitos a sua concessão.

Nos termos do art. 334, do CPC, designo audiência de conciliação/ mediação para o dia 28/11/2016, às 08:30 horas, na sala de Audiências do Juízo. Cite-se e intime-se.

P.L. e Cumpra-se.

Jacraú - PB, 30 de agosto de 2016.

PERILO ROCHA GOMES DE LUCENA
Juiz de Direito

DATA

Nesta data, recebi os presentes autos do MM. Juiz de Direito desta comarca, do que, para constar, lavrei este termo.

Jacraú - PB, 30 de agosto de 2016.

Técnico Judiciário/Auxiliar Judiciário

Art. 334. Se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citados o réu e o autor pelo menos 20 (vinte) dias de antecedência. § 1º O conciliador ou mediador, onde houver, atuará necessariamente na audiência de conciliação ou de mediação, observando o disposto neste Código, bem como as disposições da lei de organização judiciária. § 2º Poderá haver mais de uma sessão destinada à conciliação e à mediação, não podendo exceder a 2 (dois) meses da data de realização da primeira sessão, desde que necessária à composição das partes. § 3º A intimação do autor para a audiência será feita na pessoa de seu advogado. § 4º A audiência não será realizada: I - se ambos as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na autocomposição; e o réu deverá fazê-lo, por admitir a autocomposição. § 5º O autor deverá indicar, na petição inicial, seu desinteresse na autocomposição, o desinteresse na realização da audiência deve ser manifestado por todos os litisconsortes. § 7º A audiência de conciliação ou de mediação pode realizar-se por meio eletrônico, nos termos da lei. § 8º O não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência de conciliação e realização da audiência deve ser sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado. § 9º As partes devem estar acompanhadas por seus advogados ou defensores públicos. § 10. A parte poderá constituir representante, por meio de procuração específica, com poderes para negociar e transigir. § 11. A autocomposição obtida será reduzida a termo e homologada por sentença. § 12. A pauta das audiências de conciliação ou de mediação será organizada de modo a respeitar o intervalo mínimo de 20 (vinte) minutos entre o início de uma e o início da seguinte.

Ao
Senhor Representante Legal da
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A,
Rua Senador Dantas, 74 – 5º andar, Centro,
20.031-205 – Rio de Janeiro – RJ.

CARTA DE CITAÇÃO e INTIMAÇÃO

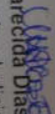
Processo nº: 0000778-08.2016.815.1071
Ação: Cobrança de Seguro Obrigatório - DPVAT
Promovente: Ednilson Bezerra
Promovido: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

De ordem do MM. Juiz de Direito desta cidade e comarca de Jacaraú/PB, o Dr. Perilo Rodrigues de Lucena, pela presente, na forma do Art. 222 do CPC, fica Vossa Senhoria, devidamente **CITADO**, para todos os termos da ação mencionada à epígrafe e **INTIMADO** para comparecer à Audiência Preliminar e de Instrução e Julgamento designada para o dia 28/11/2016, às 09h20min, na Sala de Audiências do Fórum "Des. José Martinho Lisboa", localizado na Rua Presidente João Pessoa, nº 481, Centro – nesta cidade e comarca de Jacaraú/PB.
Anexo: cópia da inicial e despacho.

Advertência: A contestação deverá ser ofertada quando da audiência, sob pena de revelia, nos termos do art. 277 do CPC. A resposta deverá ser acompanhada de documentos e rol de testemunhas e, se requerer perícia, formulará seus quesitos desde logo, podendo indicar assistente técnico (art. 278, CPC).

Assim tenho Vossa Senhoria, devidamente **CITADO** e **INTIMADO**, na forma da lei.

Jacaraú, 20 de setembro de 2016.


Maria Aparecida Dias da Costa
Técnica Judiciária

Fórum Des. José Martinho Lisboa - Rua Pres. João Pessoa, 481, Centro,
Fone/Fax: (83) 3295-1074 – CEP 58.278-000 – Jacaraú – PB





CERTIDÃO

Certifico que, cumprindo o mandado supra, dirigi-me ao endereço descrito no anverso, e aí sendo, intimei o(a) Sr. (a) EDIMILSON BEZERRA, dando-lhe conhecimento de todo o conteúdo do mandado e do qual ficou ciente. O referido é verdade e dou fé.

Jacarauá, 13 de outubro de 2016.

SEVERINO FRANCISCO DE MORAES NETO
Oficial de justiça



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/05/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.037,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDMILSON BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04915

CONTA: 000000002190-0

Nr. da Autenticação A1915F755BF41652



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150305789 **Cidade:** Pilões **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON BEZERRA **Data do acidente:** 08/12/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA DE FACE

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO INSUFICIENTE PARA AVALIAR SEQUELA

DANOS

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

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150305789 **Cidade:** Pilões **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON BEZERRA **Data do acidente:** 08/12/2014 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: traumatismo crânio facial com fratura dos ossos da face, e traumatismo no joelho direito

Descrição do exame médico pericial: cefaléia, tontura, lapsos de perda de memória, e sequelado de traumatismo no joelho direito, apresenta ao exame físico, edema residual, limitação de mobilidade articular e perda de força motora do referido joelho

Resultados terapêuticos: Quadros tratados conservadoramente, evolução insatisfatória, teve alta definitiva em 20/02/2015.

Sequelas permanentes: DÉFICIT NEUROLÓGICO
LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO D

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 25/05/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





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

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190548544

Vítima: EDMILSON BEZERRA

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDMILSON BEZERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

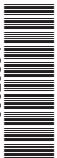
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14799052

Pag. 01707/01708 - carta_01 - INVALIDEZ

00020854





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

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190548544

Vítima: EDMILSON BEZERRA

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDMILSON BEZERRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00117/00118 - carta_03 - INVALIDEZ

00060059



Carta nº 14799215



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090212330762400000032425786>

Número do documento: 20090212330762400000032425786

Num. 33893418 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190548544

Vítima: EDMILSON BEZERRA

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDMILSON BEZERRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01611/01612 - carta_02 - INVALIDEZ

00070806



Carta nº 14958439



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090212330762400000032425786>

Número do documento: 20090212330762400000032425786



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

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190548544

Vítima: EDMILSON BEZERRA

Data do Acidente: 09/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDMILSON BEZERRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: EDMILSON BEZERRA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000002235-7

Conta: 000010008050-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

0330332 / 39

3 - CPF da vítima:

939.609.494-91

4 - Nome completo da vítima:

Adelmirton Bezerra

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

5 - Nome completo:

Adelmirton Bezerra

6 - CPF:

939.609.494-91

7 - Profissão:

Emprego

8 - Endereço:

33 de Maio

9 - Número:

91

10 - Complemento:

11 - Bairro:

2011 Rios

12 - Cidade:

Angas de Centro

13 - Estado:

AP

14 - CEP:

58250-000

15 - E-mail:

8549468019

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:



40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

0330332 / 09

3 - CPF da vítima:

939.609.494-91

4 - Nome completo da vítima:

Edimilson Bezerra

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

5 - Nome completo:

Edimilson Bezerra

6 - CPF:

939.609.494-91

7 - Profissão:

N. Enfermeiro

8 - Endereço:

33 de Maio

9 - Número:

97

10 - Complemento:

11 - Bairro:

2011 Rangel

12 - Cidade:

Angicos de Centro

13 - Estado:

AP

14 - CEP:

58250-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

8549468018

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0235

7

CONTA:

8050

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (a/nascitur)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

40 - Local e Data:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

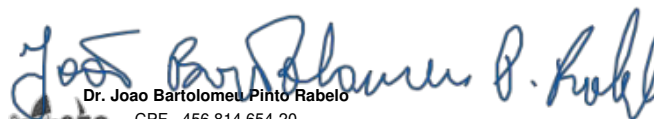
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190548544
Nome do(a) Examinado(a): Edmilson Bezerra
Endereço do(a) Examinado(a): 13 de Maiores/n, S/N
Zona Rural Lagoa de Dentro PB CEP: 58250-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 2313435
Data local do acidente: [09/07/2019]
Data local do exame: [21/10/2019] João Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE COM HSA LAMINAR TEMPORAL + TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO COM ENTORSE LIGAMENTAR.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE E DO TRAUMATISMO NO JOELHO.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 27/09/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM JOELHO EM DIREITO, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO EM 30 GRAUS, INSTABILIDADE COM GAVETA ANTERIOR POSITIVA E LACKMAM POSITIVO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO, REFERE QUEIXAS DE TONTURA, REFERE TER APRESENTADO CRISE CONVULSIVA EM USO CONTÍNUO DE HIDANTAL 100MG E RISPERIDONA DE 2MG.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO DIREITO COM DEFICIT DE FORÇA MOTORA, APRESENTA CRISES CONVULSIVAS E QUEIXAS DE TONTURA.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- () "Vítima em tratamento" () "Sem sequela permanente"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Lado Direito | Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL



Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 503/2019

Aos 13 dias de setembro de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAU/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy de Carvalho Andrade, às 14h:10min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

EDMILSON BEZERRA, conhecido por , RG nº 2.313.435-SSP/PB, CPF nº 535.609.494-91, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: divorciado, profissão: aposentado, filho(a) de Manoel Amaro Bezerra e Severina André do Nascimento, natural de Lagoa de Dentro/PB, nascido(a) em 06/10/1958, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua 13 de maio, nº 24, bairro: Centro-Lagoa de Dentro/PB, tendo como ponto de referência: , fone(s) para contato: (83) 000-000.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/Informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 9 de julho de 2019;
- 3) HORÁRIO: 0h:0min;
- 4) LOCAL: PB-085 nº , bairro -Lagoa de Dentro/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital de emergência e traumas de João Pessoa;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

SUNDOWN/WEB 100, NIV: 94J1XFBB88M065251, ano/modelo: 2008, cor prata, placa: MOA-5175/PB, licenciada em nome de MARIA DAS GRAÇAS DE LIMA.

10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE

11) BREVE RESUMO DO FATO:

QUE o notificante conduzia a motocicleta acima mencionada quando o farol do veículo apagou, fazendo o notificante bater em algo (não lembra o quê) e perdeu a consciência; QUE em seguida foi socorrido para o hospital de Traumas de João Pessoa.

12) OBSERVAÇÕES:

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE 30 DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S)/EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.



Edmilson Bezerra
EDMILSON BEZERRA
Comunicante

Kennedy De Carvalho Andrade
Escrivã(o)/AgenteMat. nº 155.335-6





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

0330332 / 39

3 - CPF da vítima:

939.609.494-91

4 - Nome completo da vítima:

Adelmirson Bezerra

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

5 - Nome completo:

Adelmirson Bezerra

6 - CPF:

939.609.494-91

7 - Profissão:

Emprego

8 - Endereço:

33 de Maio

9 - Número:

91

10 - Complemento:

11 - Bairro:

2011 Rios

12 - Cidade:

Angas de Centro

13 - Estado:

AP

14 - CEP:

58250-000

15 - E-mail:

8549468019

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:



40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





பயிற்சி

[illegible][illegible]

Bollettin de Alendimonto: 1175018

AK-ORFESTER LIBRARY, INC. • PLETHOROUGH, NJ • CHES: 123112 • TEL: 8552156703

**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Sociedade Anestésica Brasileira

GOVERNO DA PARALBA segue o trabalho

[illegible]

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:07

<http://pje.tipb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090212330762400000032425786>

Número do documento: 20090212330762400000032425786

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	31/10/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDMILSON BEZERRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02235-7

CONTA: 000010008050-2

Nr. da Autenticação 50CEA5432D258483

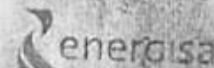


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é secundário de conta

Recibo para simples pagamento de nota fiscal emitida por energia elétrica Nº 029.645.878



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 55071-680
CNPJ 09.095.163/0001-40 Insc.Stat. 15.918.222-6

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA
RUA 13 DE MAIO 345
LAGOA DE DENTRO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/299214-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	16/08/2019	35	23/08/2019	R\$ 32,40

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 05167.829174 9 79900000003240

Pagador: MARIA DAS NEVES DE OLIVEIRA CNPJ/CPF: 531.141.164/34

RUA 13 DE MAIO 345 - CENTRO - LAGOA DE DENTRO / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120005167629	000299214201908	23/08/2019	R\$ 32,40	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

09.095.163/0001-40

Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090212330762400000032425786>

Número do documento: 20090212330762400000032425786



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Sede - Rua da Liberdade



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

AV. ORESTES LUIZ DA SILVA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 3332165700

Boletim de Atendimento: 1176018



Identificação do paciente				
ID 017787	Nome EDILSON BEZERRA	Sexo Masculino		
Data de nascimento 06/10/1988	Idade 30 anos 9 meses 3 dias	Estado civil DIVORCIADO(A)	Religião NÃO INFORMADA	Profissão Batedor
Mãe BEVERINA ANDRADE NASCIMENTO		Pai MANOEL AMARO BEZERRA		
Escolaridade FUNDAMENTAL COMPLETO		Responsável (Parentesco) O MESMO - OUTRO PARENTE		
DDD Celular 33	Celular 90036000	DDD	Telefone	
Tipo documento NÃO INFORMADO	Número documento	CPF 098004832840387		
Local de procedência LAGOA DE DENTRO	Naturalidade LAGOA DE DENTRO	Tipo MUNICÍPIO	UF PB	
Email NÃO INFORMADO	Endereço	CEP 58260000	Município da residência LAGOA DE DENTRO	
		Número 24	Complemento	
			Logradouro TREZE DE MAIO	
			Bairro CENTRO	
Admissão				
Data e Hora 05/07/2019 21:18:31	Número de pulseira 1000007638021	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	Origem do paciente TRABALHO		
Classificação de risco	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS			
Cartão de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			
Indicadores e Transporte				
Caso potencial NÃO	Piano de saúde NÃO	Veio de ambulância NÃO	Trauma NÃO	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA	x	mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares				
Razo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
			ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos				
Paciente vítima de acidente, com lesões superficiais, dor no pulso B, Tórax e MTD, SFC, consciente e orientado.				
Diagnóstico				
Atendido por ILSA VIEIRA DA SILVA				

Imprimir

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090212330762400000032425786
Número do documento: 20090212330762400000032425786



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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Edmilson Bezerra
DATA DE NASCIMENTO 06/10/58
NOME DA MÃE Severina Andre do Nascimento

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 84917
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1176016
DATA DO ATENDIMENTO 09/07/19
HORA DO ATENDIMENTO 21:16
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Traumatismo craniano
CID 10 S06.5

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto, refere cefaléia, dor em pulso direito, dor em tórax e MID, nega perda da consciência ou vômitos, apresenta edema importante em olho D, glasgow 15

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio, coluna cervical
Rx tórax, punho D, joelho D, tornozelo D
USG(fast)

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC:HSA laminar temporal
Rx:sem anormalidades
USG:normal.

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de trauma craniano

ALTA HOSPITALAR: 15/07/19
DATA DA EMISSÃO: 06/09/19



Dr. Juan-Jaimé Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Serviço Hospitalar Especializado



**GOVERNO
DA PARAÍBA** *SEGUE
o trabalho*

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente EDMILSON BEZERRA	BAE 1176016	Data/Hora Entrada 09/07/2019 21:18:31	Data Baixa
Data de nascimento 08/10/1958	Idade 60 a 64	Sexo Masculino	CNS 935004532640387
Nome BEVERINA ANDRADE NASCIMENTO	Endereço TREZE DE MAIO, 24	Bairro CENTRO	Município LAGOA DE BENTRO
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCISCO KARTNEY BARNHEIM PEDROSA	UF PB
Data/Hora Classificação 09/07/2019 21:18:31		Data/Hora Prescrição 09/07/2019 23:17:19	Nº Cons. Regional 5804/PB

ANAMNESE

PACIENTE SOFREU TRAUMA EM MSD. E MID. APRESENTANDO DOR FORTE EM JOELHO D. E EM OMBRO E COTOVELO D.: AO EXAME: MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES; NÃO COOPERATIVO; EXAME FÍSICO PREJUDICADO; CD: SOLICITO NOVAS RADIOGRAFIAS; REAVALIAR APÓS LIBERAÇÃO DAS OUTRAS CLÍNICAS.

MEDICAÇÃO

TRAMADOL 50MG/ML INJETÁVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BRACO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

Conduta

Em observação

EDMILSON BEZERRA

Dr. Francisco Kartney Barnheim Pedrosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804/PB
FRANCISCO KARTNEY BARNHEIM PEDROSA
(CRM) 5804/PB

Boletim registrado por: LIMA VIEIRA DA SILVA em 09/07/2019 21:17:15







**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Samuel Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

RUA PEDRO GONDIM, S/N - CNE: 122343 - Tel:

Boletim de Atendimento: 1176016



Identificação do paciente				
ID 817767	Nome EDMILSON BEZERRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 08/10/1958	Idade 60 anos 8 meses 11 dias	Estado civil DIVORCIADO(A)	Religão NÃO INFORMADA	Prontuário 84817
Mãe SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO	Pai MANOEL AMARO BEZERRA			
Escolaridade FUNDAMENTAL COMPLETO			Responsável (Parentesco) - OUTRO PARENTE	
DDD Celular 83	Celular 967526050	DDD	Telefone	
Tipo documento NÃO INFORMADO	Número documento	Nº Cria 898004832640387		
Local de procedência LAGOA DE DENTRO	Tipo MUNICÍPIO		UF PB	
E-mail	Naturalidade LAGOA DE DENTRO	CBO/R		
Endereço				
CEP 58250000	Município de residência LAGOA DE DENTRO	UF PB	Logradouro TREZE DE MAIO	
Número 24	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 08/07/2019 21:18:31	Número da pulseira 1000007638021		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco		Origem do paciente TRABALHO		
Cartão de atendimento	Motivo de atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veto de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte 1	Quantidade transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	Pulso 24 SET, 2019	Temperatura		
Exames complementares				
Rato X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor [] ECG [] Ultrassonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA				CID Tempo 44seg

Imprimir

172.16.0.8:9080/ov/pages/boletimEmergencia.do?perform=imprimir&id=1176016

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090212330762400000032425786

Número do documento: 20090212330762400000032425786

Num. 33893418 - Pág. 17



Documento de Alta

Nome: EDIMILSON BEZERRA		Número Prontuário: 84917	
Data de Nascimento: 08/10/1998	Sexo: Masculino	Data de Internação: 10/07/2019 17:16:27	Data de Alta: 15/07/2019 15:10:30
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: conduta=TRATAMENTO CONSERVADOR. ANTICONVULSIVANTE. SINTOMÁTICOS.			
Resumo da internação: resumointernacao=PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TCE EM 09/07/19. EVOLUINDO COM CEFALÉIA E CONFUSÃO MENTAL NO MOMENTO, SEM INTERCORRÊNCIAS. EF.: GLASGOW 14/15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. RECEBE ALTA ESTÁVEL, SEM QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS, SOM ORIENTAÇÕES AOS FAMILIARES.			
Resultado de Exames: resultadoExames=TC DE CRÂNIO DE CONTROLE: Aumento volumétrico nas partes moles extracranianas das regiões frontal e parietal à esquerda, relacionado ao trauma. Não há evidência de fraturas desenhadas, sangramento intracraniano bem como de coleções líquidas extra-axiais acima ou abaixo do lençol. O sistema ventricular é de topografia, morfologia e dimensões normais. As substâncias branca e cinzenta apresentam coeficientes de atenuação aos raios-x normais. Aspecto analítico das cisternas da base e d nvoidade dos hemisférios cerebrais. Ausência de desvio de estruturas centromedianas.			
amento: tratamento=TRATAMENTO CONSERVADOR. ANTICONVULSIVANTE, ANTIBIÓTICO. SINTOMÁTICOS.			
Diagnóstico: S06.9 - Traumatismo intracraniano, não especificado			
Recomendações: recomendacoes= AGENDAR CONSULTA DE RETORNO NO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA (HTOP) EM 30 DIAS. • CONTINUAR DE OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA DOMICILIAR. - RETORNAR AO HOSPITAL DE TRAUMA SE APRESENTAR SINAIS DE ALERTA: DESMAIOS, CONVULSÕES, VÔMITOS, SONOLÊNCIA EXCESSIVA, CONFUSÃO MENTAL, PERDA DA FORÇA MUSCULAR OU OUTROS SINAIS NEUROLÓGICOS. - FAZER USO DE MEDICAÇÕES SINTOMÁTICAS PARA DOR DE CABEÇA LEVE E TONTURA, SE NECESSÁRIO. EM CASO DE PIORA DOS SINTOMAS, RETORNAR AO HOSPITAL.			

Data: 15/07/2019


LEONARDO PEREIRA DA COSTA
MATIAS
CRM: 6028 - PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIR
o trabalho**

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente EDIMILSON BEZERRA	BAE 1176016	Data/Hora Entrada 09/07/2019 21:18:31	Data Saída
Data de nascimento 05/10/1958	Idade 60s 9m 4d	Sexo Masculino	Telefone do Contato (83) 80000000
Mãe SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO		CNS 639004532640387	Prontuário 84917
Endereço TREZE DE MAIO, 24	Bairro CENTRO	Município LAGOA DE DENTRO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	Nº Cons. Regional 60467P8
Data/Hora Classificação 09/07/2019 21:16:31		Data/Hora Prescrição 10/07/2019 16:22:45	

ANAMNESE

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA DO SEGMENTO CEFALICO:REFERE CEFALIA. AO EXAME:GLASGOW 14.REFERE CEFALIA,ESCORIAÇÕES NA FACE,HEMATOMA PERIORBITARIO A DIREITA,SEM DEFICIT MOTOR APENDICULAR,EUPNEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. TC DE CRANIO:HSA-T+HSDA LAMINAR A ESQUERDA. CD:EXAMES DE SANGUE+INTERNAÇÃO.

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., 24H, DURANTE 24 HORA(S)

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

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), DILUIR 1,0 MG

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, DURANTE 60 MIN(S)

Diluir

RANTIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

FENTONIA 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML), DILUIR 2,0 ML

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

CABECEIRA ELEVADA A 30°

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

HGT 6/8MS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090212330762400000032425786>

Número do documento: 20090212330762400000032425786



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Estado: Paraíba - Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SEGUE

o trabalho

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente EDMILSON BEZERRA	BAE 1176016	Data/Hora Entrada 09/07/2019 21:18:31	Data Baixa
Data de nascimento 08/10/1953	Idade 65a 9m 4d	Sexo Masculino	CNS 838004532640387
Mãe SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO	Nome TREZE DE MAIO, 24	Centro CENTRO	Município LAGOA DE DENTRO
Endereço TREZE DE MAIO, 24	Profissional MOURIBE ARRUDA FELINTO	Data/Hora Prescrição 10/07/2019 08:25:23	Telefone de Contato (83) 90090300
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Prontuário 84917
Data/Hora Classificação 09/07/2019 21:18:31			UF PB
			Nº Cons. Regional 7523/PB

ANAMNESE

#Ortopedia# >> Paciente vítima de acidente de trânsito relata dor em MSD e MID >> Ao exame ADM preservado, sem deformidade anatômica em membros >> Radiografia sem sinais de fraturas HD: Contusão em membros CD: Alta da ortopedia Prescrevo AINES para controle Em OBS pela NRC

Conduta

Em observação

EDMILSON BEZERRA

MOURIBE ARRUDA FELINTO
(CRM: 7522/PB)

Boletim registrado por: LIMA VIEIRA DA SILVA em 09/07/2019 21:17:15





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA** *SEGUE
o trabalho*

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente EDMILSON BEZERRA	BAE 1176016	Data/Hora Entrada 09/07/2019 21:18:31	Data Saída
Data de nascimento 09/10/1938	Idade 80a 9m 4d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 90060000
Mãe SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO		CNS 808004532640387	Prontuário 84917
Endereço TREZE DE MAIO, 24	Bairro CENTRO	Município LAGOA DE DENTRO	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MICHELLY MELLINNY QUEIROGA GOMES	Nº Cons. Regional 11628/PB
Data/Hora Classificação 09/07/2019 21:18:31		Data/Hora Prescrição 10/07/2019 01:59:32	

ANAMNESE

REAVLIAÇÃO USG FAST NÃO EVIDENCIOU ALTERAÇÕES ALTA DA CIRURGIA GERAL, AOS CUIDADOS DAS OUTRAS ESPECIALIDADES.

Conduta

Em observação

Dra. Michelly Mellinny Queiroga Gomes
Méd. Cirurgia Geral
CRM / PB 11.628

EDMILSON BEZERRA

MICHELLY MELLINNY QUEIROGA GOMES
(CRM: 11628/PB)

Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 09/07/2019 21:17:15



PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de Nascimento		Idade		Sexo		Nº		Nº Prescritor		Data Prescrição	
EDIMILSON BEZERRA		08/10/1958		60a Sem 7d		MASCULINO		1178016		164917		13/07/2019 17:39:52	
Módulo de Atendimento		Enfermaria / Leito		ÁREA VERDE ENF 36 / LEITO - 014		Matrícula		Sessão					
Conteúdo													
Módulo de atendimento				Data de entrada:		Data de alta:		Permanência na		Permanência no			
				08/07/2019 21:16:31		10/07/2019 17:16:27		3d 20h 24min		20h 1min			
Dose				Via de Adm.		Veloc. int.		Pos		Aquecimento			
10 CABECERA ELEVADA 30°				0.0									
11 HGT 90mmHg				0.0									
12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA				0.0									

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
CRM: 11385

[Assinatura]

Relatório por:

dr:

Dr. Jansen Henriques
CRM/MS 11385

Assinatura e Contributo do Profissional



[illegible]

JOSE RAMALHO DA SILVA NETO
CRM: 77703



Rechnungsprozess prüfen

Assinatura e Carimbo do Profissional



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. JOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de Nascimento		Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
EDIMILSON BEZERRA		05/10/1958		60a 9m 6d	MASCULINO	1176016	84917	12/07/2019 14:19:15
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito		Matrícula		Sentença		
Convenio		AREA LARANJA - UDC B / LEITO - 002		Validade da Prescrição		12/07/2019 17:00:00 - 13/07/2019 17:00:00		
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Data da entrada:	Data da internação:	Permanência na	Permanência no
10 CABECEIRA ELEVADA A 30°		0.0			09/07/2019 21:16:31	10/07/2019 17:16:27	2d 19h 13min	1d 23h 13min
11: HOT 000H9		0.0						
12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA		0.0						

Reimpresso por:
dia:

JOSE RAMALHO DA SILVA NETO
CRM: 77703

Assinatura e Carimbo do Profissional





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Usuário: THAISE AGRA
Bótem: 1176016
Data: 11/07/2019 08:21:43

Nome: EDIMILSON BEZERRA
Data de Nascimento: 06/10/1958
Idade: 60a 9m 5d
Sexo: MASCULINO
Nº: 1176016
Nº Prontuário: 54917
Data Prescrição: 11/07/2019 08:21:43
Motivo do Atendimento: Enfermaria / Leito
Validade da Prescrição: 11/07/2019 17:00:00 - 12/07/2019 17:00:00
Convenio: AREA LARANJA - UDC B / LEITO - 002
Metrícula:
Sanha:
Data de entrada: 09/07/2019 21:18:31
Data de internação: 10/07/2019 17:16:27
Permanência na 1d 11h 6min
Permanência no 15h 6min

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aproximado
1 DIETA + H ₂ O (LIVEL)	0,0			ORAL			01
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML		E.V.		24H	14 23 05 H
3 CEFALOTINA 1G - B(1/7) de 1	1,0	MG		E.V.		6/8H	14 23 05 H
Diluir em: AGUA DESELEADA	10,0	ML					
4 DOPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 3ML)	2,0	ML		E.V.		6/8H	14 23 05 H
Diluir em: Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					
5 ONDANSERTRON 4MG/2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.		6/8H	14 23 05 H
Diluir em: AGUA DESTILADA	10,0	ML					
6 RANITIDINA 30MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H	14 23 05 H
Diluir em: AGUA DESTILADA	10,0	ML					
7 FENITOINA 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML)	2,0	ML		E.V.		6/8H	14 23 05 H
Diluir em: AGUA DESTILADA	10,0	ML					
8 CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		12/12H	14 23 05 H
Diluir em: SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
9 AFERIR PA E FC	0,0						

THAISE AGRA TEIXEIRA
CRM: 5247

Retomada por:
dia:

Assinatura e Carimbo do Profissional



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de Nascimento		Idade		Sexo		Nº		Nº Prontuário		Data Prescrição	
EDMILSON BEZERRA		08/10/1958		60a Em Sd		MASCULINO		1176016		84917		11/07/2019 08:21:43	
Motivo do Atendimento		Enfermagem / Leito		ÁREA LARANJA - UDC B / LEITO - 002		Validade da Prescrição							
Convênio		Maternidade		11/07/2019 17:00:00 - 12/07/2019 17:00:00		Sessão							
Nome do medicamento		Dose		U.M.		Orientação de Uso		Data de entrada:		Data de internação:		Permanência na	
								09/07/2019 21:16:31		10/07/2019 17:16:27		1d 11h 6min	
								Via de Adm.		Veloc. Int.		Pos	
												Aquecimento	
10 CABECERA ELEVADA A 30°		0,0											
11 HGT 60/90		0,0											
12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA		0,0											

Reimpresso por:
dfe

Assinatura e Carimbo do Profissional

THAISE AGOSTINHO TEIXEIRA
CRM 347



(SUELIO)

PREScrição Médica

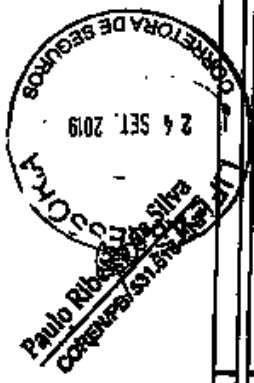
Nome		Data de Nascimento		Idade		Sexo		Nº		Nº Prontuário		Data Prescrição	
EDMILSON BEZERRA		06/10/1958		60e 9m 4d		MASCULINO		1176016		64917		10/07/2019 16:22:46	
Módulo de Atendimento		Enfermagem / Leito		Morfologia		Data da entrada:		Data da internação:		Pacotância na		Pacotância no	
						09/07/2019 21:18:31		11/07/2019 16:22:00		18h Tach			
Convênio													

Nome do medicamento		Dose		U.M.		Orientação de Uso		Via de Admin.		Veloc. Inf.		Pos		Ajustamento	
1. OLETA		0.0													

2	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 2000,0)	ML		EV		24h	17/08/14
3	CEFRALOTINA 1g	1,0 MG		EV		60h	17/08/14
4	DOPACINA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0 ML		EV		60h	17/08/14
5	CLONIDINA 0,9% (FRASCO 100,0)	10,0 ML		EV		60h	17/08/14
6	HAUTODURA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	4,0 ML		EV		60h	17/08/14
7	HAUTODURA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	10,0 ML		EV		60h	17/08/14
8	FENTONIA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0 ML		EV		60h	17/08/14
9	HAUTODURA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	10,0 ML		EV		60h	17/08/14
10	HAUTODURA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	10,0 ML		EV		60h	17/08/14
11	HAUTODURA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	10,0 ML		EV		60h	17/08/14
12	HAUTODURA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	10,0 ML		EV		60h	17/08/14
13	HAUTODURA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	10,0 ML		EV		60h	17/08/14
14	HAUTODURA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	10,0 ML		EV		60h	17/08/14
15	HAUTODURA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	10,0 ML		EV		60h	17/08/14
16	HAUTODURA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	10,0 ML		EV		60h	17/08/14
17	HAUTODURA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	10,0 ML		EV		60h	17/08/14
18	HAUTODURA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	10,0 ML		EV		60h	17/08/14
19	HAUTODURA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	10,0 ML		EV		60h	17/08/14
20	HAUTODURA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	10,0 ML		EV		60h	17/08/14

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA

CRM: 6018



Relatado por:

dia:

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:07

PRESCRIÇÃO MÉDICA									
Nome		Data de Nascimento		Idade		Sexo		Nº	
EDMILSON BEZERRA		08/10/1958		60a Sm 4d		MASCULINO		1176018	
Nome do Atendimento		Data de entrada:		Data de internação:		Permanência no		Permanência no	
Nome do medicamento		Dose		U.M.		Quantidade de Uso		Data de Prescrição	
1 DIETA ZERO		0,0						10/07/2019 00:35:00 - 11/07/2019 00:35:00	
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO FRASCO		2000,0		ML		NEUTRUMA		24h	
3 DIETONA 500 MG/ML (AMPOLA 20ML)		2,0		ML		E.V.		01 223=42	
4 TRAMADOL 500MG/ML INJEÇÃO (AMPOLA 20ML)		4,0		ML		E.V.		01 03 FR	
5 GIBRANSE 100MG/20ML (AMPOLA 20ML)		4,0		ML		E.V.		01	
6 NANITRINA 500MG/ML (AMPOLA 20ML)		2,0		ML		E.V.		01	
7 BORO ANTITETANICO 500MG (AMPOLA 5,0 ML)		5,0		ML		INTRAMUSCULAR		AGORA 01	

CARLOS PEREIRA DA SILVA NETO

CP#14: 4060



Carlos Páez y la Sra. María Mercedes Páez / Representantes

Prejudice - 45%

Refinanced per:

413

Assinatura e Carimbo do Profissional



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H
 Ilhéus - BA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de Nascimento		Idade		Sexo		Nº		Nº Prescrição		Data Prescrição	
EDILSON BEZERRA		06/10/1968		60a 8m 4d		MASCULINO		1176016		84617		10/07/2019 16:22:45	
Módo de Atendimento		Enfermaria / Leito		Município		Data da entrada		Data da internação		Permitida na		Permitida no	
						09/07/2019 21:16:31		10/07/2019 16:22:00 - 11/07/2019 16:22:00		19h 7min			
Cirurgião													
Nome do medicamento		Dose		Via		Frequência de uso		Via de Adm.		Vol. ou ml.		Pos	
10 CABECERA EL EVADA A 3P		0.0											
11 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA		0.0											
12 1507 66H8		0.0											

Retirado por:

dia:

MAURO DE FREITAS GUERRA TERÇA
 CRM: 6016

Assinatura e Carimbo do Profissional



Dr. Mauro de Freitas
 CRM: PB 6016

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H
Itaú de Itaipava

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Usuário: MAURO DE	Senha: 1176016
-------------------	----------------

Nome	EDMILSON BEZERRA	Data de Nascimento	06/10/1958	Idade	60s Em Ad	Sexo	MASCULINO	Nº	1176016	Pr. Prescritor	64917	Data Prescrição	10/07/2019 16:22:46
Endereço do Atendimento				Enfermagem / Leito				Verdade de Prescrição		10/07/2019 16:22:00 - 11/07/2019 16:22:00			
Convênio													

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Data da entrega:	09/07/2019 21:16:31	Data da Intermição:	19h 7min	Permanência na	Permanência no
---------------------	------	------	-------------------	------------------	---------------------	---------------------	----------	----------------	----------------

10	CABECEIRA ELEVADA A 30°	0.0							
11	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0							
12	HGT BUSH	0.0							

Reimpresso por:
dia:

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 6078

Assinatura e Carimbo do Profissional

Dr. Mauro Guerra
Neurocirurgia
CRM: 6078





FRANCISCO KARTNEY SARMENTO
CRM: 5604

Assinatura e Carimbo do Profissional

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM: 5604
Osteopata e Neurologista

Reimpresso por:
de:

1	TRAMADOL, BANO ML INJETAVEL	1.0	ML	E.V.	AGORA	93:30
Forma de medicamento						
Dose						
Via de Admin.						
Via de Admin.						
Veloc. Inf.						
Pos						
Aprimoramento						
Data de entrada:						
09/07/2019 21:16:31						
Data da internação:						
09/07/2019 23:17:00 - 10/07/2019 23:17:00						
Matrícula						
Senha						
Nome						
EDMILSON BEZERRA						
Data de Nascimento						
08/10/1958						
Idade						
60a 9m 4d						
Sexo						
MASCULINO						
Nº						
1176016						
Nº Prontuário						
09/07/2019 23:17:19						
Data Prescrição						
09/07/2019 23:17:19						

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

Dr. Suelio Moreira Torres



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090212330762400000032425786>

Número do documento: 20090212330762400000032425786



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Sede - Rua Roberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA **SEGUE o trabalho**

AV. CRESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNEB: 6121221 - Tel:

Impresso por: THAISE AGRA
TEIXEIRA
Em: 11/07/2019 08:32:19

Nome EDMILSON BEZERRA		Boletim de Atendimento 1176016	Data/Hora Entrada 08/07/2019 21:16:31	Data/Hora Saída
Data de nascimento 06/09/1958	Idade 60	Sexo Masculino	CNS 699004532840387	Prontuário 64917
Tempo de internação 18h 18min		Convênio SUS		Plano DIURNO
Data de Entrada 08/07/2019 21:16:31	Data Intenção 10/07/2019 17:16:27	Permanência na Unidade: 1d 19h 18min		Permanência no Leito: 18h 18min

EVOLUÇÃO MÉDICA (THAISE AGRA TEIXEIRA - 11/07/2019 08:32:19)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

NEUROCIRURGIA

RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO

ECG 14/15

TC CRÂNIO - HSA TRAUMÁTICA

TC COLUNA CERVICAL - SEM LESÃO APARENTE

TC TORAX - SEM LESÃO APARENTE

FAST - OK

LAB: NA 146 E C 1.36

CONDLTA: TC CRÂNIO CONTROLE

ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM ORTOPEDIA

Sq: ARRA LARANJA - UIC B Leito: LEITO - 899

Profissional responsável pela informação: THAISE AGRA TEIXEIRA



[Assinatura]
Número Contato: 3247





Cruz Vermelha Brasileira HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENAL JR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Vende

Nome: JANSSEN
Número: 1176018
Data Prescrição: 12/07/2019 17:30:52

Paciente: EDUARDO LOPES DE ALMEIDA
Data de Nascimento: 09/10/1968
Idade: 50a 8m 7d
Sexo: MASCULINO
Nº: 1176018
Nº Prescrição: 04817
Data Prescrição: 12/07/2019 17:30:52
Enfermagem / Leito: AREA VERDE ENF 36 / LEITO - 014
Validade da Prescrição: 12/07/2019 17:30:52 - 14/07/2019 17:00:00
Data de entrada: 09/07/2019 21:18:31
Data da Quartação: 10/07/2019 17:16:27
Permanência no 3d 20h 24min
Permanência no 20h 17min

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Valor, Inf.	Pos	Aproximado
1. ORTA	0,0						
2. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	500,0	ML		ORAL			
3. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	1,0	ML		EV		12	08 11 17
4. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
5. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
6. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
7. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
8. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
9. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
10. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
11. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
12. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
13. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
14. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
15. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
16. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
17. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
18. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
19. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
20. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
21. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
22. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
23. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
24. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
25. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
26. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
27. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
28. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
29. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
30. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
31. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
32. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
33. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
34. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
35. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
36. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
37. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
38. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
39. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
40. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
41. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
42. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
43. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
44. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
45. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
46. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
47. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
48. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
49. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
50. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
51. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
52. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
53. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
54. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
55. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
56. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
57. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
58. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
59. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
60. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
61. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
62. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
63. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
64. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
65. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
66. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
67. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
68. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
69. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
70. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
71. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
72. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
73. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
74. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
75. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
76. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
77. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
78. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
79. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
80. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
81. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
82. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
83. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
84. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
85. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
86. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
87. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
88. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
89. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
90. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
91. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
92. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
93. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
94. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
95. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
96. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
97. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
98. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
99. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17
100. SOLUÇÃO FARMACOLÓGICA 5% FRACO	10,0	ML		EV		08	08 11 17

JANSSEN HENRIQUES CEZARINO
CRM: 11385



Retirado por:
Dr. Janssen Henriques
CRM: 11385

Assinatura e Carimbo do Profissional





LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
CRM: 6028

Assinatura e Carimbo do Profissional

LIANA K.T. SASTRA
COMPTON K. MOORE

1. **Introduction**
 2. **Methodology**
 3. **Results**
 4. **Discussion**
 5. **Conclusion**
 6. **References**
 7. **Appendix**
 8. **Index**
 9. **Table of Contents**
 10. **Figure 1**
 11. **Figure 2**
 12. **Figure 3**
 13. **Figure 4**
 14. **Figure 5**
 15. **Figure 6**
 16. **Figure 7**
 17. **Figure 8**
 18. **Figure 9**
 19. **Figure 10**
 20. **Figure 11**
 21. **Figure 12**
 22. **Figure 13**
 23. **Figure 14**
 24. **Figure 15**
 25. **Figure 16**
 26. **Figure 17**
 27. **Figure 18**
 28. **Figure 19**
 29. **Figure 20**
 30. **Figure 21**
 31. **Figure 22**
 32. **Figure 23**
 33. **Figure 24**
 34. **Figure 25**
 35. **Figure 26**
 36. **Figure 27**
 37. **Figure 28**
 38. **Figure 29**
 39. **Figure 30**
 40. **Figure 31**
 41. **Figure 32**
 42. **Figure 33**
 43. **Figure 34**
 44. **Figure 35**
 45. **Figure 36**
 46. **Figure 37**
 47. **Figure 38**
 48. **Figure 39**
 49. **Figure 40**
 50. **Figure 41**
 51. **Figure 42**
 52. **Figure 43**
 53. **Figure 44**
 54. **Figure 45**
 55. **Figure 46**
 56. **Figure 47**
 57. **Figure 48**
 58. **Figure 49**
 59. **Figure 50**
 60. **Figure 51**
 61. **Figure 52**
 62. **Figure 53**
 63. **Figure 54**
 64. **Figure 55**
 65. **Figure 56**
 66. **Figure 57**
 67. **Figure 58**
 68. **Figure 59**
 69. **Figure 60**
 70. **Figure 61**
 71. **Figure 62**
 72. **Figure 63**
 73. **Figure 64**
 74. **Figure 65**
 75. **Figure 66**
 76. **Figure 67**
 77. **Figure 68**
 78. **Figure 69**
 79. **Figure 70**
 80. **Figure 71**
 81. **Figure 72**
 82. **Figure 73**
 83. **Figure 74**
 84. **Figure 75**
 85. **Figure 76**
 86. **Figure 77**
 87. **Figure 78**
 88. **Figure 79**
 89. **Figure 80**
 90. **Figure 81**
 91. **Figure 82**
 92. **Figure 83**
 93. **Figure 84**
 94. **Figure 85**
 95. **Figure 86**
 96. **Figure 87**
 97. **Figure 88**
 98. **Figure 89**
 99. **Figure 90**
 100. **Figure 91**
 101. **Figure 92**
 102. **Figure 93**
 103. **Figure 94**
 104. **Figure 95**
 105. **Figure 96**
 106. **Figure 97**
 107. **Figure 98**
 108. **Figure 99**
 109. **Figure 100**
 110. **Figure 101**
 111. **Figure 102**
 112. **Figure 103**
 113. **Figure 104**
 114. **Figure 105**
 115. **Figure 106**
 116. **Figure 107**
 117. **Figure 108**
 118. **Figure 109**
 119. **Figure 110**
 120. **Figure 111**
 121. **Figure 112**
 122. **Figure 113**
 123. **Figure 114**
 124. **Figure 115**
 125. **Figure 116**
 126. **Figure 117**
 127. **Figure 118**
 128. **Figure 119**
 129. **Figure 120**
 130. **Figure 121**
 131. **Figure 122**
 132. **Figure 123**
 133. **Figure 124**
 134. **Figure 125**
 135. **Figure 126**
 136. **Figure 127**
 137. **Figure 128**
 138. **Figure 129**
 139. **Figure 130**
 140. **Figure 131**
 141. **Figure 132**
 142. **Figure 133**
 143. **Figure 134**
 144. **Figure 135**
 145. **Figure 136**
 146. **Figure 137**
 147. **Figure 138**
 148. **Figure 139**
 149. **Figure 140**
 150. **Figure 141**
 151. **Figure 142**
 152. **Figure 143**
 153. **Figure 144**
 154. **Figure 145**
 155. **Figure 146**
 156. **Figure 147**
 157. **Figure 148**
 158. **Figure 149**
 159. **Figure 150**
 160. **Figure 151**
 161. **Figure 152**
 162. **Figure 153**
 163. **Figure 154**
 164. **Figure 155**
 165. **Figure 156**
 166. **Figure 157**
 167. **Figure 158**
 168. **Figure 159**
 169. **Figure 160**
 170. **Figure 161**
 171. **Figure 162**
 172. **Figure 163**
 173. **Figure 164**
 174. **Figure 165**
 175. **Figure 166**
 176. **Figure 167**
 177. **Figure 168**
 178. **Figure 169**
 179. **Figure 170**
 180. **Figure 171**
 181. **Figure 172**
 182. **Figure 173**
 183. **Figure 174**
 184. **Figure 175**
 185. **Figure 176**
 186. **Figure 177**
 187. **Figure 178**
 188. **Figure 179**
 189. **Figure 180**
 190. **Figure 181**
 191. **Figure 182**
 192. **Figure 183**
 193. **Figure 184**
 194. **Figure 185**
 195. **Figure 186**
 196. **Figure 187**
 197. **Figure 188**
 198. **Figure 189**
 199. **Figure 190**
 200. **Figure 191**
 201. **Figure 192**
 202. **Figure 193**
 203. **Figure 194**
 204. **Figure 195**
 205. **Figure 196**
 206. **Figure 197**
 207. **Figure 198**
 208. **Figure 199**
 209. **Figure 200**
 210. **Figure 201**
 211. **Figure 202**
 212. **Figure 203**
 213. **Figure 204**
 214. **Figure 205**
 215. **Figure 206**
 216. **Figure 207**
 217. **Figure 208**

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
01	02	03	04	05</																																																																																															

EDMILSON BEZERRA		Data de Nascimento		06/10/1958		Idade		60a 9m 9d		SEXO		MASCULINO		Nº		1176016		Nº Prescrição		06497		Data Prescrição		15/07/2019 09:43:33	
Convênio				Matrícula				ÁREA VERDE ENF. 36 / LEITO - 014		15/07/2019 17:00:00 - 16/07/2019 17:00:00				Banha											
Compartilhado de Acesso		Data da entrega:		09/07/2019 21:16:31		Data da internação:		10/07/2019 17:16:27		Permanência na		SD 12h 27min		2d 12h 4min		Permanência no									
Nome do medicamento		Dose		U.M.		Organização de Uso		Via de Adm.		Valor, int.		Pos		Agravamento											

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SEN. JOR H

2004

1176016

LEONARDO



Nome	Data de Nascimento		Idade	Sexo	Nº	Nº Protocolo	Local Prescrição	
EDMILSON BEZERRA	08/10/1958		60a Anos	MASCULINO	1178016	84917	15/07/2019 09:43:33	
Número do Atendimento		Endereço / Lote		Validade da Prescrição				
		ÁREA VERDE ENF 36 / LOTO - 014		15/07/2019 17:00:00 - 16/07/2019 17:00:00				
Corrente		Matrícula		Sessão				
Roteiro do medicamento		Data	U.M.	Orientação do Uso	Via de Admin.	Valor Inf.	Pes	Aprimoramento
		Data da emissão:	Data da Informação:	Permanência no	Permanência no			
		09/07/2019 21:16:31	10/07/2019 17:16:27	5d 12h 27min	2d 12h 4min			

[illegible]

9

CRM: 6028

Assinatura e Carimbo do Profissional





Cruz Vermelha Brasileira HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA S.E. JADOR H

Usuário: LEOPOLDO
Boleim 1176016
Data Prescrição 14/07/2019 08:12:35

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	EDIMILSON BEZERRA	Data de Nascimento	06/10/1958	Idade	60a 9m 8d	Sexo	MASCULINO	Nº	1176016	Nº Prontuário	84917	Data Prescrição	14/07/2019 08:12:35
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		AREA VERDE ENF 36 / LEITO - 014		Validade da Prescrição								
Convenio	Matrícula		14/07/2019 17:00:00 - 15/07/2019 17:00:00										
Data de entrada:		Data da Internação:		Permanência na		Permanência no							
09/07/2019 21:16:31		10/07/2019 17:16:27		4d 8h 56min		1d 8h 33min							

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admín.	Veloc. Inf.	Pos	Aproximado
1 DIETA	0,0			ORAL			24h
2 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML		E.V.			24h
3 CEFALOTINA 1G - D(4/7) de 4	1,0	MG		E.V.			6/8h
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
4 BUPRONA 600MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			6/8h
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					
5 ORGASMETRONA 400/200 (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.			6/8h
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
6 RANITIDINA 300MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.			12/12h
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
7 FENITOINA 500MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML)	2,0	ML		E.V.			6/8h
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML					
8 CETOPIROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.			12/12h
Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
9 AFERIR PA E FC	0,0						

LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
CRM: 5960




Reimpresso por:
data:

Assinatura e Carimbo do Profissional





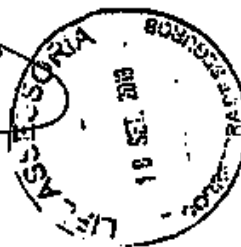
PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H						Data: 14-07-2019 17:35	
Cruz Vermelha Brasileira						Usuário: LEOPOLDO	
						Bolsista: 1178016	
							
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
Nome		Data de Nascimento		Sexo	Nº	Nº Prescrição	
EDIMILSON BEZERRA		09/10/1988		MASCULINO	1178016	94917	1407/2019 08:12:35
Mãe do Atendimento		Enfermagem / Leito		Validade da Prescrição			
		AREA VERDE ENF 36 / LEITO - 014		1407/2019 17:00:00 - 1507/2019 17:00:00			
Convênio		Matrícula		Sanha			
				Data da entrada:		Permanência na	Permanência no
				08/07/2019 21:16:31		4d 8h 56min	1d 8h 33min
				Via do Admin.		Valec. int.	Agratamento
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação da Uso			

10	CABECEIRA ELEVADA A 30"		0.0						OK
11	HOT STAIRS		0.0						OK 23:08 11
12	OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA		0.0						OK /

Reimpresso por
dia-

LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
CRM: 5980





Número Conselho: 6028

Sócio: ARRA VERDE ENF 18 Loto: LOTO - 014
Profissional responsável pela informação: LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS

CD: SUPORTE CLÍNICO + OBSERVAÇÃO NEUROLÓGICA.
CHAMAR FAMILIARES PARA ALTA HOSPITALAR.

Porções visibilizadas das cavidades aéreas paranasais com transparência habitual.
Ausência de desvio de estruturas centromedianas.
Aspecto atômico das estruturas da base e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
O sistema ventricular é de topografia, morfologia e dimensões normais.
Não há evidência de fraturas deslaminadas, sangramento intracraniano bem como de coleções líquidas extra-axiais.
Esquerda, relacionado ao trauma.
Perforatória à
TC DE CRÂNIO DE CONTROLE: Aumento volumétrico nas partes moles extracranianas das regiões frontal e
EF: GLASGOW 14/15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS.
NO MOMENTO, SEM INTERCORRÊNCIAS.
VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TCE EM 09/07/19. EVOLUINDO COM CEFALIA E CONFUSÃO
MENTAL.

EVOLUÇÃO
PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:
NEUROCIURGIA



EVOLUÇÃO MÉDICA (LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS - 15/07/2019 09:55:02)

Nome	EDMILSON BEZERRA
Data de nascimento	06/10/1958
Idade	60
Sexo	Masculino
CNS	696045312640367
Prontuário	44917
Plano	DIURNO
Permanência no Loto:	2d 12h 18min

Impresso por: LEONARDO
PEREIRA DA COSTA MATIAS
Em: 15/07/2019 09:57:31

AV. ORESTES LUSO, S/N - PEDRO GONDIM
CNPJ: 445385 - Tel: 8332165700

GOVERNO DO PARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

Hospital Estadual de
Emergência e Trauma





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNPJ: 445365 - Tel.: 8332185700



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGRE
o trabalho**

Impresso por: JOSE
RAMALHO DA SILVA NETO
Em: 12/07/2019 14:17:16

Nome EDIMILSON BEZERRA		Botão de Atendimento 1176016	Data/Hora Entrada 08/07/2019 21:18:31	Data/Hora Saída
Data de nascimento 08/10/1958	Idade 60	Sexo Masculino	CNS 598004532840367	Prontuário 84917
Tempo de internação 1d 21h 1min		Convênio SUS		Plantão DIURNO
Data de Entrada 09/07/2019 21:18:31	Data Internação 10/07/2019 17:18:27	Permanência na Unidade: 2d 17h 1min		Permanência no Leito: 1d 21h 1min

EVOLUÇÃO MEDICA (JOSE RAMALHO DA SILVA NETO - 12/07/2019 14:17:00)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

== NEUROCIRURGIA ==

RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO

ECG 14/16

TC CRÂNIO - HSA TRAUMÁTICA

TC COLUNA CERVICAL - SEM LESÃO APARENTE

TC TÓRAX - SEM LESÃO APARENTE

FAST -OK

PACIENTE EVOLUINDO COM QUADRO CLÍNICO E NEUROLÓGICO ESTÁVEIS, SEM RELATO DE INTERCORRÊNCIAS NAS ÚLTIMAS 24 HORAS.

NO MOMENTO VIGIL, CONTACTUANTE, ALGO DESORIENTADO, MOBILIZANDO MEMBROS.

TAC DE CRÂNIO:

* Aumento volumétrico nas partes moles extracranianas das regiões frontal e periorbitária à esquerda, relacionado ao trauma.

Não há evidência de fraturas desalinhadas, sangramento intracraniano bem como de coleções líquidas extra-axiais acima ou abaixo do tentório.

O sistema ventricular é de topografia, morfologia e dimensões normais.

As substâncias branca e cinzenta apresentam coeficientes de atenuação aos raios-x normais.

Aspecto anatômico dos sistemas da base e da convexidade dos hemisférios cerebrais.

Ausência de desvio de estruturas centromedianas.

Porções visualizadas das cavidades aéreas paranasais com transparência habitual.

CONDUTA:

ALTA DA NEUROCIRURGIA

AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

Seção: AREA LARANJA - UDE B Leito: LEITO - 002
Profissional responsável pela informação: JOSE RAMALHO DA SILVA NETO.

Número Conselho: 77703





Assessment e Controle de Periculosidade

82911 01 - 1983
CRA 11228
LAW OFFICE OF JAMES M. DUNN

2

Handwritten:

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SEVAIOR H

எழுந்தருளியுள்ள

12-000000

ATTENTION



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Suelio Moreira Bezerra
 DATA DO ACIDENTE 09-09-2019 CPF DA VÍTIMA 535.609.494-91
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
 ENDEREÇO DO PORTADOR 13 de maio
 Nº 011 COMPLEMENTO - BAIRRO zona Rural
 CIDADE Anga de Dentro UF PB CEP 59250-000
 E-MAIL - TELEFONE (53) 991925023

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 24-09-2019
 IDENTIFICADOR 2.313.985
 ASSINATURA Suelio Moreira

RESPONSÁVEL

DATA 24 SET. 2019
 NOME SUELIO MOREIRA TORRES
 ASSINATURA SUELIO MOREIRA TORRES



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190548544 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON BEZERRA **Data do acidente:** 09/07/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HSA LAMINAR TEMPORAL + TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO COM ENTORSE LIGAMENTAR.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM JOELHO EM DIREITO, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO EM 30 GRAUS, INSTABILIDADE COM GAVETA ANTERIOR POSITIVA E LACKMAM POSITIVO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO, REFERE QUEIXAS DE TONTURA, REFERE TER APRESENTADO CRISE CONVULSIVA EM USO CONTÍNUO DE HIDANTAL 100MG E RISPERIDONA DE 2MG.

Resultados terapêuticos: HOUE RESOLUÇÃO DO TCE PORÉM RESULTOU EM CRISES CONVULSIVAS (FAZ USO DE HIDANTAL), REFERE QUEIXAS DE TONTURA, EXISTE INSTABILIDADE DO JOELHO DIREITO, COM GAVETA E LACKMAM POSITIVOS, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR COM PERDA DE 30 GRAUS DE FLEXÃO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO..

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190548544 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON BEZERRA **Data do acidente:** 09/07/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HSA LAMINAR TEMPORAL + TRAUMATISMO NO JOELHO DIREITO COM ENTORSE LIGAMENTAR.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM JOELHO EM DIREITO, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO EM 30 GRAUS, INSTABILIDADE COM GAVETA ANTERIOR POSITIVA E LACKMAM POSITIVO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO, REFERE QUEIXAS DE TONTURA, REFERE TER APRESENTADO CRISE CONVULSIVA EM USO CONTÍNUO DE HIDANTAL 100MG E RISPERIDONA DE 2MG.

Resultados terapêuticos: HOUE RESOLUÇÃO DO TCE PORÉM RESULTOU EM CRISES CONVULSIVAS (FAZ USO DE HIDANTAL), REFERE QUEIXAS DE TONTURA, EXISTE INSTABILIDADE DO JOELHO DIREITO, COM GAVETA E LACKMAM POSITIVOS, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR COM PERDA DE 30 GRAUS DE FLEXÃO E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO DIREITO..

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 21/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190548544 **Cidade:** Lagoa de Dentro **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON BEZERRA **Data do acidente:** 09/07/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P2 P27)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: TCE

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330332/19

Número do Sinistro: 3190548544

Vítima: EDMILSON BEZERRA

Data do acidente: 09/07/2019

CPF: 535.609.494-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDMILSON BEZERRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

EDMILSON BEZERRA : 535.609.494-91

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019

Nome: EDMILSON BEZERRA

CPF: 535.609.494-91

EDMILSON BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019

Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330332/19

Vítima: EDMILSON BEZERRA

CPF: 535.609.494-91

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 09/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDMILSON BEZERRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

EDMILSON BEZERRA : 535.609.494-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2019
Nome: EDMILSON BEZERRA
CPF: 535.609.494-91

EDMILSON BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

