



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	<u>Contestação</u>	Contestação
33893 416	02/09/2020 12:33	<u>2747851_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Outros Documentos
33893 418	02/09/2020 12:33	<u>2747851_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090212330590900000032425776>
Número do documento: 20090212330590900000032425776

Num. 33893407 - Pág. 1

Processo

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

Assuntos:

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

Movimentações:

	Data *	Descrição *
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 CONCILIACAO 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



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

3/4/2017 12:28

Num. 33893416 - Pág. 1

PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

Protocolo: P00019171071

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

Tipo: PETICAO (DUTRAS)

Processo: 0001778-08.2016.815.1071

Status: ATENDIDO

Justiça Gratuita: SIM

Comarca: JACARAU

Vara: VARA UNICA DE JACARAU

Classe: PRINCIPALMENTE SUMARIO

Assunto: SECURO

Parte(s): Peticionante(s)

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGUROS

Guia: 1071017800024

Localizador: REGISTRAR SENTENÇA

dos Associados

Adriana Moura	Gilson Erves
Alecsandro Freitas	Juliana Cruz
André de Souza	Lahan Mata
Cristiane Silva	Patrícia Bonfim
Gabrielle Serrano	Walter Araújo

2233555- C3/ 2016-06403/ INVALIDEZ

CA 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



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. 2

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
Parte(s) Peticionante(s):
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGUROS
Guia: 1072017600041
Localizador: PRAZO
.....1071



DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE JACARAU / PB

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@joobarbosaadvass.com.br



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. 3

PROCESSO N° 10778.08.2016.

Distribuído em
1/1

**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: Edmílson Bezerra
CPF: 535.609.494-91

Endereço completo: _____

Informações do acidente

Local: F2. Canto do Pechin. Lagoa da Beira
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 Jacaraí.

João Pessoa/PB, de abril de 2014, 36 ou 43. 2016.
Edmílson 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(ões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

Crânio - facial e joelhos

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.

Sintomas

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.

Principais de dano e/ou sequelas de menor valor

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 suscetíveis 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 integra 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	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input checked="" type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
2º Lesão	<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:

João Pessoa, 16.12.16

Tamara Lobato
MÉDICA
CRM - PB 9327

Tamara C. F. Lobato
ACE GESTÃO DE SAÚDE

Dr. Janio Dantas Gualberto
Ortopedia e Traumatologia
CRM-4382 TEOF 6514
033804382

Assinatura do médico - CRM

Janio Dantas Gualberto



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. 6



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE JACARAÚ

TERMO DE AUDIÊNCIA

PROCESSO N° 0000778-08-2016-815-1071

NATUREZA: Audiência Preliminar

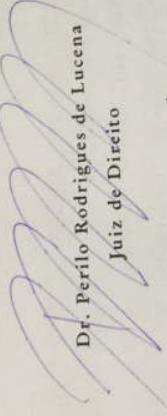
DATA E HORÁRIO: 16/12/2016 às 09 horas
PRESENTES: o Dr. Perilo Rodrigues de Lucena, Juiz de Direito;
PROMOVENTE: EDMILSON BEZERRA - CPF 535.609.494-91 e seu DR.
JAILSON BARROS DO NASCIMENTO, OAB/PB 10.189, CPF 572.592.084-49, a
Promovida por preposto DR. SUELIO MOREIRA TORRES, OAB/PB
e Advogados DR. ANDRÉ LUIZ F. VASCONCELOS SOBRINHO, OAB/PB
18.747 e DR. ANDRÉ AIRES RIBEIRO, OAB/PB 17.566. AUSENTES:

não houve.

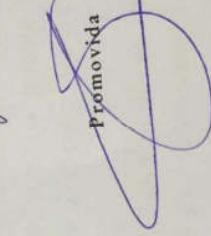
OCORRÊNCIA: Pelo MM. Juiz foi dito que foi formulado acordo entre as partes no sentido de que a promovida concorda com o levantamento ofertado (R\$ 5.568,75, sendo R\$ 5.062,50 para parte e R\$ 506,25 para o Advogado), consante cálculos em anexo, ao passo que o promovente concorda com o levantamento e a extinção do feito, com o que anuiriam 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 legítimamente representadas e sendo lícito o objeto. EX-POSITIS: DESTARTE, e tendo em vista o que mais dos autos consta e princípios de direito aplicáveis a

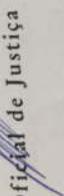


espécie, JULGO, por sentença, e para que produza os devidos e legais efeitos,
EXTINTO O PROCESSO, na forma do art. 487, III do CPC, o
ARQUIVAMENTO dos autos, com BAIXA na distribuição. Sentença publicada
em audiência e intimados os presentes, que renunciaram ao prazo recursal,
registre-se e cumpra-se.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


Dr. Perilo Rodrigues de Lucena
Juiz de Direito


Advogado(a)
Promovente


Promovida
Advogado da Promovida


Oficial de Justiça



(X) VC () JEC () TI COMARCA: JACARAÚ

DADOS DO PROCESSO

Nº PROCESSO (CNI)

VITIMA

EX-ADVERSO

OBJETO

DADOS DO VÉHICULO ENVOLVIDO

LAUDO NOS AUTOS?

LESÃO APURADA

AVALIAÇÃO MÉDICA NO MUTIRÃO:

EMPRESA MÉDICA

PERITO JUDICIAL

ASSISTENTE TÉCNICO

DATA DO OBITO:

NATUREZA DO SINISTRO:

VALOR DO PAGAMENTO JUDICIAL:

VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:

VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:

VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:

VALOR DO PAGAMENTO JUDICIAL:

VALORES DO SINISTRO:

VALOR DO PAGAMENTO JUDICIAL:

VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:

VALOR DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO:

VALOR DO PAGAMENTO JUDICIAL:

ACORDO

Valor da indenização:

Valor total do acordo:

Valor dos honorários:

Motivos para não realização do acordo

VERIFICAÇÃO MEGADATA

RUBRICA E CARIMBO DO

RESPONSÁVEL PELA CONSULTA:

[Assinatura]

DATA DO PAGAMENTO:

PROCESSO Nº 0778.09.2016		AVALIAÇÃO MÉDICA	
Distribuído em _____ / _____ / _____		PARA FINS DE CONCILIAÇÃO	
Nome completo: <u>Godofredo da Rocha</u> CPF: <u>525.609.494-91</u>		RESPONSÁVEL QUE REALIZOU O ATENDIMENTO MÉDICO	
ENDERECO COMPLETO: <u>Rua 25 de Julho, 121, 2014</u>		PERITO _____ BANCA _____ Manhã _____ Tarde _____	
Data do Acidente: <u>06/12/2014</u>		Data da avaliação: <u>06/04/2014</u>	
Enderego completo: _____		Local: <u>Godofredo da Rocha - Lagoa do Peixe</u>	
Informações do acidente			
Concordância com a realização da avaliação médica			
<p>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 PVAAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na _____, Vara Cível ou JEC da Comarca de <u>Jacareí</u>.</p> <p>João Pessoal/PB, _____ de abril de 2014. <u>João Pessoal</u> Assinatura da vítima</p>			
<p>Avaliação Médica</p> <p>I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Prejudicado</p> <p>Se prosseguir em caso de resposta afirmativa:</p> <p>II) Descrever o quadro clínico atual informando:</p> <p>a) qual (quais) região(s) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?</p> <p><u>None - nenhuma e nenhuma</u></p> <p>b) quais alterações (disfunções) presenças no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente comparáveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.</p> <p><u>None</u></p> <p>III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p>Se SIM, descreva as(s) medida(s) terapêutical(s) indicada(s):</p>			





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009021233072020000032425784>
Número do documento: 2009021233072020000032425784

Num. 33893416 - Pág. 11





Estado da Paraíba
Prefeitura municipal de Pedro Régis
Secretaria Municipal de Saúde

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM			
DATA	HORA	NOME DO PACIENTE	Nº DO REGISTRO
08-12-14	19:00	Edson Borges	
		<p>Paciente consciente, desorientado, no momento, preferencialmente 180 x 140 mm x 100,</p> <p>Realizado no local</p> <p>Acesso venoso periférico.</p> <p>Na sequência, realizadas</p> <p>da vítima, para o</p> <p>HETSHR. (fármaca SP).</p>	



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE JACARAÚ

TERMO DE AUDIÊNCIA

PROCESSO N° 0000778-08-2016-815-1071

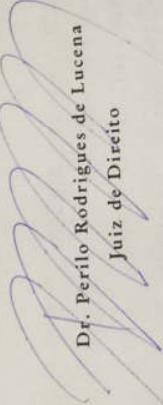
NATUREZA: Audiência Preliminar
DATA E HORÁRIO: 16/12/2016 às 09 horas
PRESENTES: o Dr. Perilo Rodrigues de Lucena, Juiz de Direito;
PROMOVENTE: EDMILSON BEZERRA - CPF 535.609.494-91 e seu DR.
JAILSON BARROS DO NASCIMENTO, OAB/PB 10.189, CPF 572.592.084-49, a
Promovida por preposto DR. SUELIO MOREIRA TORRES, OAB/PB
e Advogados DR. ANDRÉ LUIZ F. VASCONCELOS SOBRINHO, OAB/PB
18.747 e DR. ANDRÉ AIRES RIBEIRO, OAB/PB 17.566. AUSENTES:

não houve.

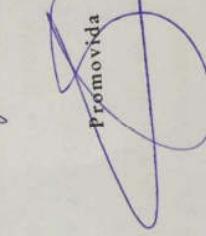
OCORRÊNCIA: Pelo MM. Juiz foi dito que foi formulado acordo entre as partes no sentido de que a promovida concorda com o levantamento ofertado (R\$ 5.568,75, sendo R\$ 5.062,50 para parte e R\$ 506,25 para o Advogado), consante cálculos em anexo, ao passo que o promovente concorda com o levantamento e a extinção do feito, com o que anuiriam 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 legítimamente representadas e sendo lícito o objeto. EX-POSITIS: DESTARTE, e tendo em vista o que mais dos autos consta e princípios de direito aplicáveis a

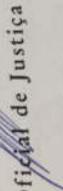


espécie, JULGO, por sentença, e para que produza os devidos e legais efeitos,
EXTINTO O PROCESSO, na forma do art. 487, III do CPC, o
ARQUIVAMENTO dos autos, com BAIXA na distribuição. Sentença publicada
em audiência e intimados os presentes, que renunciaram ao prazo recursal,
registre-se e cumpra-se.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


Dr. Perilo Rodrigues de Lucena
Juiz de Direito


Advogado(a)
Promovente


Promovida
Advogado da 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

<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. 17

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-Efetuados.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



1^a INSTÂNCIA

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



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. 20



Dr. Emmanuel Saravia & associados
Av. Floriano Peixoto, N° 4510, Maitinga,
- Campina Grande-PB.
Tel (083) 3342-2704

0000778-08-2016-815-1071



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA — VARA

Contra: **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT**, podendo ser

RGº 2.313.766 e inscrito no CPF sob o Nº. 555.609.494-91, residente e domiciliado (a) na (c)

onde deverá receber as intimações, vem perante V. Exª, propor o presente

RGº 2.313.766 e inscrito no CPF sob o Nº. 555.609.494-91, residente e domiciliado (a) na (c)

onde deverá receber as intimações, vem perante V. Exª, propor o presente

**ACAO DE COBRANCA DE SEGURO DPVAT
POR INVALIDEZ- COMPLEMENTO.**

Contra: **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIO DE SEGUROS- DPVAT**, podendo ser
cinda através de seu representante legal na Rua Senator Dutra n° 74, 5º andar, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20.031-201, CNPJ: 09.238.668/0001-04 expondo e ao final requerendo o

AB INITIO, diante da situação financeira em que se encontra o
Promovente requesta inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso a Justiça e
fazer valer o direito de igualdade. É cedigo que para que tenha eficácia o pedido de assistência
judiciária gratuita, nada basta além do simples pedido, expondo a impossibilidade do
constituinte em cair em cuestor as despesas processuais, profendo em petição inicial, conforme
preceitu 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, trinqueava pela sainha da cidade de Lagoa de Dentro- PB, no carro 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 POLIRAMA, 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, exaurida por instituições administrativas, fazendo em definitivo da norma que rege a matéria em tais.

O membro afastado foi a TODO O CORPO, sendo que, segundo a indenização nos termos da norma jurídica,

DO DIREITO

porque se nega a receber a indenização o segurado, visto que, entende que o beneficiário não é portador de sequelas 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 estipulado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I desse parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adicionando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais." (Grifo nosso)

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

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 inconveniências passou dessa forma a ter outra conotação e interpretação determinando o pagamento, ate 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 à 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 imaginável 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 considerado 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 prescreve 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 SIMPLÉS ocorrência do acidente e do dano por ele provocado, no entanto, as seguradoras, dentro as quais figura a promovida, procuram inviabilizar o DPVAT, fundando sua posição em



resoluções e circulares, as quais encontram em regra de colisão com o dispositivo legal infraconstitucional.

Como se observa, a Lei não pode se curvar aos interesses macro veredicto, exoneraria num perigo para o Estado e o cidadão comum.

prevé-se que:

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

"O pagamento da indenização será feito mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não ressarcimento, abolidas qualquer franquia de responsabilidade do segurado". Grajo nosso.

mediante a "SIMPLIS" 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 da Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vítima:

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

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

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

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 IML, sentido vejamos:

JULGADO DA 04474 CAMA44

PUBLICAÇÃO: 24 DE MAIO DE 2006

APLICAÇÃO: 07/08/2005 000026-1001

RELATOR: Dr. Antônio de Paula Lima Monte Negro

APELANTE: Ubirante AIG Seguros

APPELADO: Sérgio Ricardo Souza Campos

DPVAT Seguro obrigatório. Invalidez permanente. Indenização. Procedência da ação. Apelação Civil - Preliminar de competência do ação. Reditício Preliminar da falta de ilegitimidade passiva. Recuperação. Ausência de competência da CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados) para editar instruções. Impossibilidade de vinculação da indenização ao salário mínimo. Averbação Civil desprovista. Não há que se falar em existência de ação pedida ausência de competência fundamental concernente ao fundo privativo do IML, quando presente nos autos, outras dimensões de litígio que comprometem plenamente a pretensão do Autor. Possuem legitimidade para figurar no pleno passivo da ação de cobrança para recebimento da indenização do seguro rodoviário seguradoras que fizeram 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 prever-se esta norma frente ao seu fórum gala CNSP. É legítimo a fixação do valor devido em razão do seguro DPVAT, com base no salário mínimo, nos termos da Lei 6.194/74, por não traduzir um fator do 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 REJECTAR AS

*PELA MARCAS, E, MERITO, NEGAR PROVIMENTO A APPELACAO CIVEL, na
segundas que exploram o ramo que, o objetivo do DIAVAT, não é de enriquecer as
vítimas e os parentes das vítimas de acidente de trânsito, mas tão somente de amparar as
pessoas.*

DO REQUERIMENTO

PELO EXPONTO

Art. 31 da Lei nº 11.945, de 4 de Junho de 2009, com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, para o fim de condenar a requerida a pagar, no pagamento da indenização da presente demanda, o pagamento de R\$ 12.462,50 (doze mil quatrocentos e cinquenta reais e cinquenta centavos), referente ao seguro DPVAT, quinhentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos, comprometer TODO O CORPO, adquirida através de acidente de trânsito, requerendo ainda o seguinte:

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 conciliação, não havendo proposta de acordo em sto continuo em conformidade com o rito especial imposto a este, tendo inicio a instrução e julgamento;

2-Seja designada audiência de conciliação, não havendo proposta de acordo em sto continuo em nas provis peticionais, documentais e depoimento do autor;

3-Preesta prova o alegado, por todos os meios de provas em direito admitidos especialmente

4-Requer a intimação das testemunhas cujo nome segue ao pé desta, para serem inquiridas 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 encargos;

7-Que já seja solicitado cópia do Prontuário 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 gratuitude 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

EMMANUEL SARAIVA FERREIRA
Advogado
ABR/2016-978

QUESTÕES PARA INFORMAÇÃO SOBRE INVALIDEZ PERMANENTE

Conforme o Código de Ética Médica nos seus artigos 59, 83, 102, 112, Para fins de perícia médica-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, das lesões sofridas houve perigo de vida (), de que forma?

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

4) EXISTEM SEQUELAS _____ RESIDUAIS?:

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

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



D.E.C.L.A.R.A.C.À.O DE P.O.B.R.E.Z.A



Sra(a) Edmílson Bezerra
Brasileiro (a), Comendador, portador de
RG nº 2313.4135, CPF nº 535.603.494-91, podendo ser
intimado(a) no(a) Rua Prudente de Moraes
na cidade de Brasília, Estado da Brasília, declarando que é
pobre na forma da Lei, não dispõe de meios que possibilitem a custear as despesas
processuais na Ação Cobrança c/c Reparação de Danos Materiais, na Comarca de
Alcântara.
Afirmo ainda ser conhecedor das sanções
penais, caso a presente não retrate a verdade dos fatos. Nada mais digno de registro, assim
o presente.

Hugon de Britto - PA, em 28/12/2014

Edmílson Bezerra
Declarante



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: Suelio Moreira Bezerra, brasileira, residente e domiciliado (a) no(a) nº 210, Moreira, Braga de Dentro - PB, nomeia e outorga poderes ao

Outorgado: Bel EMANUEL SARAIVA FERREIRA, Solteiro, OAB 16924/PB e a Bela MARIANA ATENELI FERNANDES DO AMARAL, brasileira, solteira, ambos podendo ser intimados na Rua Floriano Peixoto 4510, Malvinas, nessa cidade de Campina Grande/PB, no qual conferir amplos e gerais poderes para o fôro em geral com a cláusula "ad ludiola", art. 38 parte final do CPC, COM FIM ESPECIAL DE ENTRAR NA JUSTICA COM ACAO DPVAT", junto à comarca de João Pessoa, PB, podendo os outorgados, receberem intimações, darem quitações, transigirem, apresentarem réplica, oposições, firmarem, apresentarem recurso e contra razões, e ainda requererem seguro de vida, junto bem como, subsistecerem com ou sem reservas de poderes, podendo acompanhar todo processo até o final do julgamento, representado ainda o outorgante, podendo auxiliar apelação criminal, ou, qualquer outro remédio jurídico competente, junto ao Egregio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, podendo finalmente, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato.

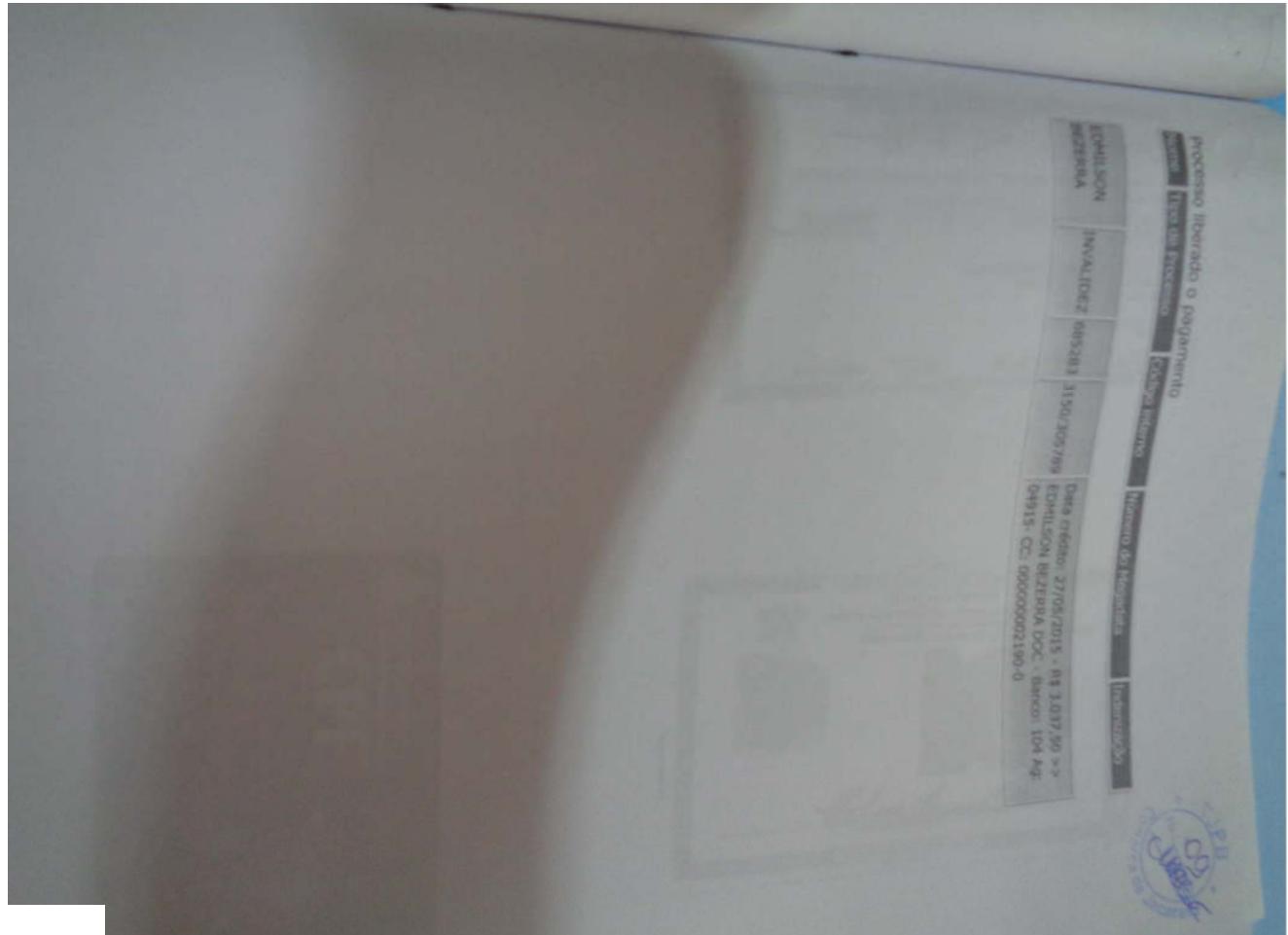
CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

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.

Suelio Moreira Bezerra
Outorgante: Suelio Moreira Bezerra, em 28/12/2014.

* 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.





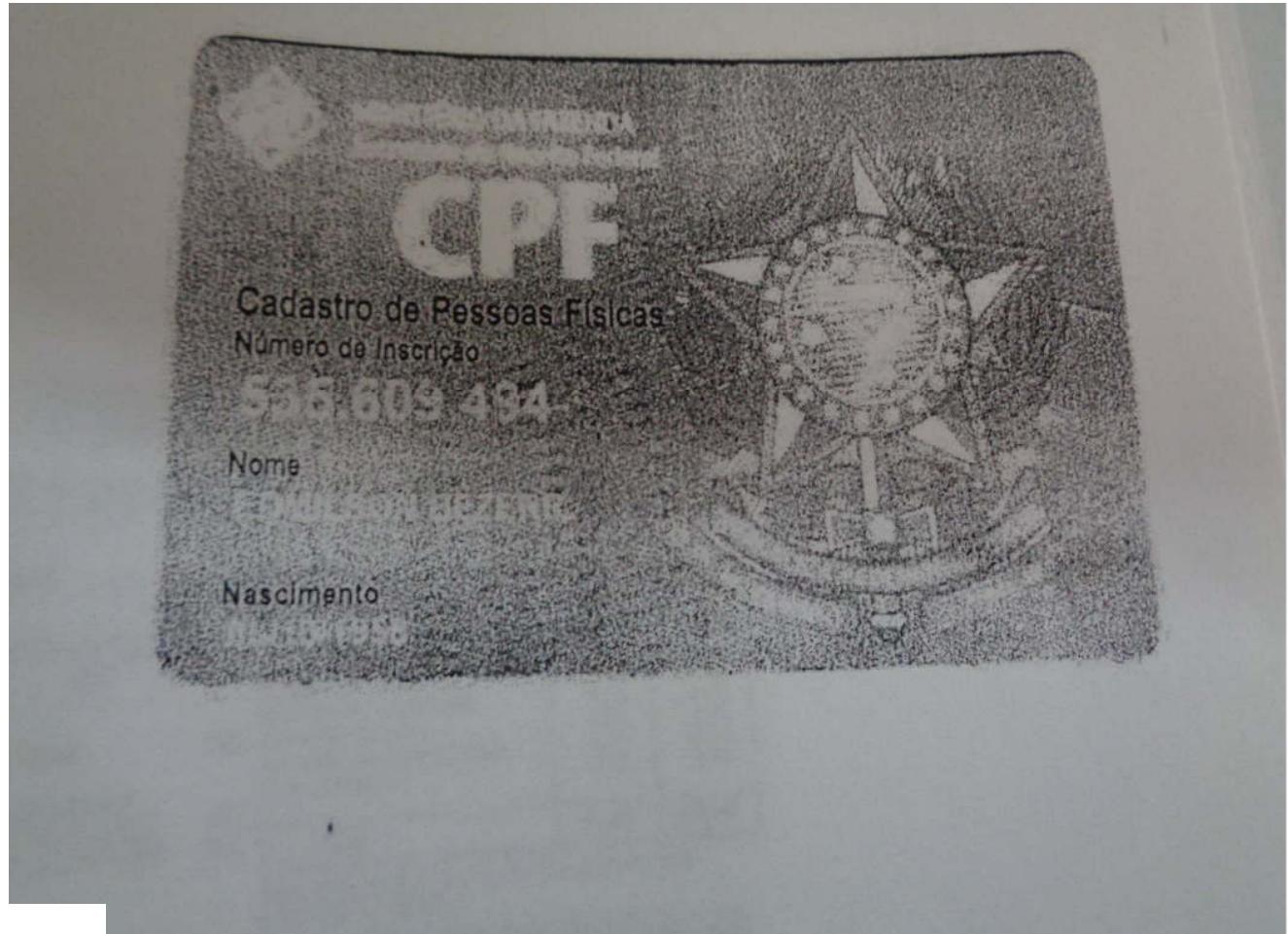
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090212330720200000032425784>
Número do documento: 20090212330720200000032425784

Num. 33893416 - Pág. 28



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. 29



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. 30



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

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009021233072020000032425784>

Número do documento: 20090212330720200000032425784

Num. 33893416 - Pág. 32



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

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL



CERTIFICO para os devidos fins e efeitos legais, que fico Registrado
o Recibo de ocorrência de número 464/14, Folhas nº 466, Registro nº 464/2014, cujo teor
passo a transcrever na íntegra: aos dezenove (17) de Dezembro de 2014, nesta cidade de
PILOES/PB, e na Delegacia de Polícia Civil desta cidade de PILOES/PB, presente a
Autoridade Policial o Dr. ERAUDO VIEIRA BARBOSA, Delegado de Polícia Civil dessa cidade de PILOES/PB, no presente
estimando e declarando, qd, por volta das 10:50h, comparece ZIMILSON BEZERRA
nascido em 06/10/1958, filho de MANOEL AMARO BEZERRA e de SEVERINA ANSPE
DO NASCIMENTO, residente e domiciliado Rua PROTESTADA S/N NOVO EM LAGOA DE DENTRO /PB. E
PRODUZIU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: Afirma a declarante que no dia, 08/12/2014 a declarante
estava na garupa da motocicleta MARCA/MODELO, HONDA CG 150 FAN ANO 2007/2008, cor PRATA,
Placa MN00841/PB, chassis 9C2CJ30708B18659, de Propriedade do Sr(a) SEVERINO DO RAMO E
DE OLIVEIRA, afirma o declarante que na saída da cidade que liga lagoa de dentro a
sete lagoa tinha um animal na estrada quando ao fazer a curva se deparou com animal
chegando a bater e vindo cair no solo onde foi socorrido por populares que passavam pelo
local levando para o hospital de trauma em João pessoa donde foi realizado cirurgia e
sufriendo varias lesões pelo corpo afirma o declarante vê diagnóstico em ficha
ampliatorial deste citado hospital que segue em anexo. O REFERIDO É VERDADE. DOU FZ.
MUNICÍPIO DA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PILOES-PB, AO 08 DIA DO MÊS DE Dezembro DE
2014.

NOTICIANTE: *Edson Bezerra*

ESTADO DE PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO
ESTADO DE PERNAMBUCO





SECRETARIA DO BEM-ESTAR DA PESSOA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE MANAUS

Laila Madioco / Resumo de Ata



Nome:	Sexo:	Idade:	Registro:
Laila Madioco	Fem.	26/10/1980	
Data de nascimento:			Clínica:
10/03/1980		0-0-0	Unif.:
Diagnóstico inicial:			Data de:
Fratura de braço			10-10-14
Diagnóstico final:			Aten.:
Fratura de braço			
Outros diagnósticos:			
Principais exames:			

Cirurgia realizada - data e equipe:

Dr. Laila Madioco

Terapêutica e medicamentos:

Anatomia patológica:

Infeção: sim () não ()

Resistido: histioterapia

Condicões é ativa: Melhorado () Remediado () Pediado () Curado () Quase ()

Resumo clínico: História evolução, terapêutica, complicações, I. e F. e

Fratura de braço operado por Dr. Laila Madioco

Orientações Pós-Op:

Dias: 10-10-14

Reposo:

rester em casa por: 10 dias

retorno às atividades sem esforço físico em: 10 dias

retorno às atividades com esforço físico leve: 10 dias e com menor esforço: 10 dias

Guidelines com a ferida operatória: lava-se com água e sabão duas vezes por dia se sente dor, calor, vermelhidão ou inchado no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Medicações para casa:

Ritornal: _____ para retirada de ponto.

At. Posto de saúde em: _____ em 30 dias para revisão.

At. Ambulatorio: _____

João Pessoa, 10 de 10 de 10

Ass. Médico CRM

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



poder judiciário do estado da Paraíba

comarca de JAGUARIÚNA - CENTRAL DE DISTRIBUIÇÃO

tipo de distribuição: BRTTEL

processo: 0000778-08-2016.815.1071

22/08/2016 13 horas 00 minutos

classe: PROCEDIMENTO SUMMÁRIO

área

valor da causa : 12462,50

área : II

autor : EDILSON BEZERRA

defensor : SEGURODOCA LIDER DOS CONSELHOS

vara : VARA ÚNICA DE JACARAU

juiz : PERIL RODRIGUES DE LUCENA

funcionário: MARTINHO MENDES MACHADO



Postagem (R\$):	Valor da Causa : UFR	297,22	
Remoção (UFR):	Taxa Judiciária : R\$	202,50	
Diligencias : Tip: 84 (C) Qtd: 1	Custas Judicin: R\$	890,23	
—	= Fundo Judiciário : R\$	1.092,73	
—	+ Valor Rateio : R\$	18,17	
—	+ Valor Diligencias: R\$	79,49	
—	+ Valor Banco : R\$	1,35	
—	= Total da Guia : R\$	1.191,74	

10
TJ-PB
Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba

C E R T I D Ã O

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.

Jacarau, 22 de agosto de 2016


JACINTO ANTÔNIO PESSOA



Vistos, etc.

Vistos, etc.

Presentes os presentes, preliminarmente, DEFIRO a garantida processual, com os benefícios a ela inerentes, visto que
28 / 11 / 2016, às 09:20 horas, na sala de Audiências desse Juiz.
Cite-se e intime-se.

P.I. e Campanha.
Jacarati (PB), 30 de agosto de 2016.

PERILO RODRIGUES DE LUCENA
Juiz de Direito

D A T A

Nesta data, recebi os presentes autos do MM. Juiz de Direito, desta

Jacarati – PB, 30 de agosto de 2016.

Técnico Judicário/ Auxiliar Judicário
Suelio Moreira Torres

I Art. 334. Se a petição inicial juntar com os requisitos exigidos e não for o caso de improcedibilidade liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, devendo ser citado o réu com pelo menos 20 (vinte) dias de antecipação. § 1º O conciliador ou mediador, onde houver, timerá 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 audiência destinada à conciliação e à mediação, não podendo exceder a 2 (dois) meses da data de realização da primeira sessão, desde que necessária a conciliação 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 ambas as partes manifestarem, expressamente, desistirem da conciliação ou da mediação; II – quando não se admitir a autocomposição. § 5º O autor deverá noticiar, na petição inicial, sua desistência, na autocomposição, e o réu deverá fazê-lo, para aferir a apresentação com 10 (dez) dias de antecipação, contados da data da audiência. § 6º O Juiz, em caso de conciliação ou de mediação, poderá fixar prazo para a realização da audiência, devendo ser manifestado por todos os interessados. § 7º A audiência de conciliação ou de mediação pode realizar-se por meio eletrônico, nos termos da lei. § 8º O comparecimento, nãoificado do autor ou do réu à audiência de conciliação é considerado atendimento à disponibilidade da parte e será 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. § 10º A parte poderá constituir representante, por meio de procuração específica, com poderes para negociar e deflagrar. § 11º A autocomposição só será reduzida a item e homologada por sentença. § 12º A parte das audiências de conciliação ou de mediação só 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 CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A,

20.031-205 – Rio de Janeiro – RJ, Centro.

CARTA DE CITAÇÃO e INTIMAÇÃO

Processo n.º: 0000778-08.2016.815.1071

Ação: Cobrança de Seguro Obrigatório - DPVAT

Promovente: Edmílson Bezerra

Promovido: Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A

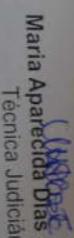
Jacaraú/PB, o Dr. Perilo Rodrigues de Lucena, pela presente, na forma do Art. 222 do CPC, fica Vossa Senhoria, devidamente **CITADO** para todos os termos da ação instrução e julgamento designada para comparecer à Audiência Preliminar e de Audiências do Fórum "Des. José Marinho Lisboa" localizado na 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, formulara 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



0000778082016015161001

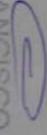
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009021233072020000032425784>
Número do documento: 2009021233072020000032425784

Num. 33893416 - Pág. 41

C E R T I DÃO

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

Jacarau, 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



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. 43

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

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

Pag. 01707/01708 - carta_01 - INVALIDEZ



00020854

Carta nº 14799052



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. 1



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.

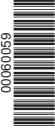
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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.

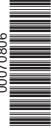
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0161/01612 - 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

Num. 33893418 - Pág. 3

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, retorno 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 - N° do sinistro ou ASL: **0330332/19** 3 - CPF da vítima: **935.609.494-91** 4 - Nome completo da vítima: **Acumena 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: Acumena Bezerra	6 - CPF: 935.609.494-91		
7 - Profissão: Empresária	8 - Endereço: 15 de maio	9 - Número: 2N	10 - Complemento:
11 - Bairro: 2020 Rural	12 - Cidade: Aracaju - SE	13 - Estado: SE	14 - CEP: 59250-000
15 - E-mail: 	16 - Tel.(DDD): 0549/4680253		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Cäbá Econômica Federal (104)	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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das efeitos 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: _____
--	-------------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
---	--	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____	30 - Vítima deixou nascituro (viver) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	--	--	--	--

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____
---	--	--

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____
---	--

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data, _____ Assinatura da testemunha: _____
--	---

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
---	--

43 - Assinatura do Procurador (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: **0330332/89** 3 - CPF da vítima: **535.609.494-91** 4 - Nome completo da vítima: **Belimilene Bezerra**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUS/PI N° 445/2012

5 - Nome completo: Belimilene Bezerra	6 - CPF: 535.609.494-91		
7 - Profissão: Nenhuma	8 - Endereço: 13 de Maio	9 - Número: 7N	10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural	12 - Cidade: Chapada do Centro	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58250-000
15 - E-mail: 	16 - Tel.(DDD): 03491968069	17 - Nome completo do Representante Legal:	

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

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.500,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	AGÊNCIA: _____
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	CONTA: _____
AGÊNCIA: 0235	CONTA: 80 50
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo à 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

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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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.

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não

Vivos: Falecidos: nasceu (nascer)? Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? Vivos: Falecidos:

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 - 1º Nome: _____
CPF: _____
Data da testemunha: _____

39 - 2º Nome: _____
CPF: _____
Data da testemunha: _____

40 - Local e Data: **João Pessoa, 24-09-2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Belimilene Bezerra**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): **Suelio Moreira Torres**

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 Maio/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, DEFÍCIT 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 causalidade: 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(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: () 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.


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CRM/PB - 4518

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





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 02/2019

Ocorrência nº. 503/2019

DELEGACIA DE POLICIA
DE JACARAÚ
Estado da Paraíba

Aos 13 dias de setembro de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/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/VITIMA 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/VITIMA 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

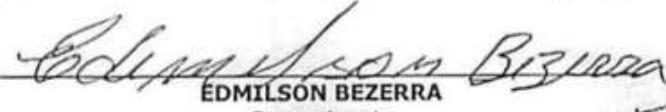
11) BREVE RESUMO DO FATO:

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 digitel.


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 - N° do sinistro ou ASL: **0330332/19** 3 - CPF da vítima: **935.609.494-91** 4 - Nome completo da vítima: **Acumena 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: Acumena Bezerra	6 - CPF: 935.609.494-91		
7 - Profissão: Empresária	8 - Endereço: 15 de maio	9 - Número: 2N	10 - Complemento:
11 - Bairro: 2020 Rural	12 - Cidade: Aracaju - SE	13 - Estado: SE	14 - CEP: 59250-000
15 - E-mail: 		16 - Tel.(DDD): 85 491468023	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Cäbá Econômica Federal (104)	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 Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 Lider para verificação da existência e quantificação das efeitos 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) Divorciado 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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____	30 - Vítima deixou nascituro (viver) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	--	--	--	--

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

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

40 - Local e Data,

Acumena Bezerra 24-09-2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____



43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



GOVERNO  DA PARÁBA A o trabalho
seguir

Hospital Estadual de Emergência a Trauma

Boletim de Atas de Reunião: 117046

Based on observations

Digitized by srujanika@gmail.com

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009021233076240000032425786>
Número do documento: 2009021233076240000032425786

Num. 33893418 - Pág. 10

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



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

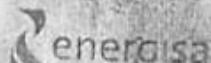
Num. 33893418 - Pág. 11

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segundaria da conta

Reservado para sempre pagamento da nota fiscal contra os serviços de energia elétrica. N° 029.645.874



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR230, KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - INSCRIÇÃO 11.415.222-4

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/299214-7

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

Acesse: 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 Nr Documento Data Vencimento Valor do Documento Valor Pago				
262491200005167829 000299214201908 23/08/2019 R\$ 32,40 09.095.183/0001-40				
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N° - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

GOVERNO DA PARAÍBA **SEGUE
o trabalho**

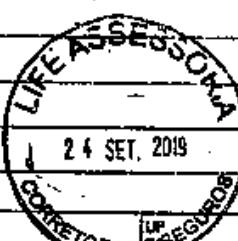
AV. 9 DE FEVEREIRO, 1500 - BLOCO C - CEP 04530-002 - SÃO PAULO - SP - FONE/FAX: (11) 5091-1000

Boletim de Aprendizado: 1170018



Identificação do paciente

ID 617767	Nome EDSONSON BEZERRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 06/10/1958	Idade 63 anos 9 meses 3 dias	Estado civil DIVORCIADO(A)	Religião NAO INFORMADA	Próximo 84917
Maior SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO	Pai MANOEL AMARO BEZERRA			
Escolaridade FUNDAMENTAL COMPLETO	Responsável (Pareceço) O MESTRÃO - OUTRO PARENTE			
DDD Celular 31	Celular 90000000	DDD	Telefone	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Crb 598004632640387		
Local de procedência LAGOA DE CENTRO	Tipo MUNICÍPIO			UF PB
Email: NAO INFORMADO	Naturalidade LAGOA DE CENTRO	24 SET. 2019	CEP	



24

Data e Hora 05/07/2019 21:59:31	Número de pulseira 1000007638021	Convênio sus
Especialidade CIRURGIA GERAL	Câncer	
Classificação de risco		Origem do paciente TRABALHO
Centro de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente COLISÃO A MOTOCICLETA



Indicadores e Transporte

Caso paciente Nº	Piano de saúde Nº	Vôo de ambulância Nº	Trauma Nº
Modo de transporte SAMU		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA		P脉	Temperatura
x	mmHg		

Exames complementares

Radio X [] Sangre [] Urina [] TC [] Liquor [] ECO [] Ultrasonograma []

Datos clínicos

Facente Várias de Residente, com referentes, de:

talente vitima de residente, com referentes, dor no peito D, tox. u MTD, etc consciente

Diagnóstico *Obstrução do* **CID**
Exigido por *DR. JOSÉ VIEIRA DA SILVA* **Resposta:** *negativa*

Coren 5722268 - EN

Intermediate

1 of 1

09/07/2019 21:14



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, tomozelo 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-Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Bela
EDMELIO BON BEZERRA	1176016	09/07/2019 21:16:31	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
09/09/1958	60± 8m 4d	Masculino	(03) 88055059
Mês			Prontuário
SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO			84317
Endereço	Bairro	Município	UF
TREZE DE MAIO, 24	CENTRO	LAGOA DE DENTRO	PB
Admitido	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	FRANCISCO KARTNEY BARRETO PEDROSA	58041PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prontuário	
09/07/2019 21:16:31		09/07/2019 22:17:19	

ANAMNESE

PACIENTE SOFREU TRAUMA EM MBD. E MID. APRESENTANDO DOR FORTE EM JOELHO D. E EM OMBRO E COTOVelo D. AO EXAME: MÚLTIPLAS ESCORIAS; NÃO COOPERATIVO; EXAME FÍSICO PREJUDICADO; CO: SOLICITO NOVAS RADIOPRAGMAS; REAVALIAR APÓS LIBERAÇÃO DAS OUTRAS CLÍNICAS.

MEDICAÇÃO

TRAMABOL 5000 ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA EV, 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

EDMELIO BON BEZERRA

FRANCISCO KARTNEY BARRETO PEDROSA

(CRM PB 58041PB)

Dr. Francisco Kartney J. Pedroso

CRM PB 58041PB



Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 09/07/2019 21:17:16



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. 16



Identificação do paciente						
ID 817767	Nome EDMILSON BEZERRA		Sexo Masculino			
Data de nascimento 08/10/1988	Idade 30 anos 8 meses 11 dias	Estado civil DIVORCIADO(A)	Religião NÃO INFORMADA			
Mãe SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO	Pai MANOEL AMARO BEZERRA					
Especialidade FUNDAMENTAL COMPLETO	Responsável (Parentesco) - OUTRO PARENTE					
DDD Celular 83	Celular 987528050	DDD	Telefone			
Tipo documento NÃO INFORMADO	Número documento	Nº Cria 888004832640387				
Local de procedência LAGOA DE DENTRO	Tipo MUNICÍPIO UF PB					
Email	Residência LAGOA DE DENTRO	CEP/R				
Endereço						
CEP 58260000	Município da residência LAGOA DE DENTRO	UF PB	Logradouro TREZE DE MAIO			
Número 24	Complemento	Bairro CENTRO				
Admissão						
Data e Hora 08/07/2019 21:16:31	Número de pulseira 1000007638021	Convenio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente TRABALHO					
Caráter da atendimento	Motivo da atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Via de ambulância Não	Trauma Não			
Modo de transporte :	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	P脉搏 4	24 SET. 2019 Temperatura				
Exames complementares						
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos				CORRETORA DE SEGUROS		
Diagnóstico				CORRETORA DE SEGUROS		
Atendido por ILMA VIEIRA DA SILVA				CID		
				Tempo 44seg		

Imprimir





Documento de Alta

Nome: EDIMILSON BEZERRA	Número Prontuário: 84917		
Data de Nascimento: 08/10/1988	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 MOTOCICLÍSTICO 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/parietal à esquerda, relacionado ao trauma. Não há evidência de fraturas deslizadas, sangramento intracraniano bem como de coleções líquidas extra-axial acima ou abaixo do limitrofe. 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 das cisternas da base e invadida dos hemisferios cerebrais. Ausência de envolvimento de estruturas centromedianas.			
Tratamento: tratamento=TRATAMENTO CONSERVADOR. ANTICONVULSIVANTE. ANTIÁBÓTICO. 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 NEUROLOGICA DOMICILIAR. - RETORNAR AO HOSPITAL DE TRAUMA SE APRESENTAR SINAIS DE ALERTA: DESMAIOS, CONVULSÕES, VÓMITOS, SONOLÉNCIA 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





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
EDILSON BEZERRA	1176016	09/07/2019 21:16:31	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
08/10/1968	50s 6m 4d	Homem	(83) 30030000
Mãe			Protocolo
SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO			64917
Endereço	Bairro	Município	UF
TREZE DE MAIO, 24	CENTRO	LAGOA DE DENTRO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	6016PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
09/07/2019 21:16:31		10/07/2019 16:22:46	

ANAMNESE

ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA DO SEGMENTO CEFALICO:REFERE CEFALÉIA AO EXAME:GLASGOW 14.REFERE CEFALÉIA,ESCORIAÇÕES NA FACE,HEMATOMA,PERIORBITARIO A DIREITA,SEM DEFÍCIT MOTOR APENDICULAR,LEUPONEICO,HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL TC DE CRÂNIO:HSA-T+HSDA LAMINAR A ESQUERDA. CD:EXAMES DE SANGUE+INTERNACAO.

DIETA

DIETA, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, DURANTE 24 HORA(S)
AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), DILUR 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), DILUR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

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

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

Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), DILUR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, DURANTE 8 HORA(S)

Diluir

FENITOINA 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML), DILUR 2,0 ML

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

Diluir

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

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

CABECEIRA ELEVADA A 30°

OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

HGT 6/6MS





AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
EDMILSON BEZERRA	1176016	09/07/2019 21:10:31	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
08/10/1988	60a Sm 4d	Masculino	(83) 90000000
Mãe		CNS	Prontuário
SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO		836004532640387	84917
Endereço	Bairro	Município	UF
TREZE DE MAIO, 24	CENTRO	LAGOA DE DENTRO	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MOURIBE ARRUDA FEIJÃO	7522/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
09/07/2019 21:10:31		10/07/2019 08:25:23	

ANAMNESE

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

Conduta

Em observação

EDMILSON BEZERRA

MOURIBE ARRUDA FEIJÃO
(CRM: 7522/PB)

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





AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	EDIMILSON BEZERRA	BAE	09/07/2019 21:18:31	Data/Hora Entrada	Data Saída
Data de nascimento	06/10/1958	1176016			Telefone de Contato
Idade	60a 9m 4d	Sexo	CNS	(83) 99000000	Prontuário
			888004532640387	64917	UF
Mãe	SEVERINA ANDRADE NASCIMENTO	Belmo	LAGOA DE DENTRO	PB	Nº Cons. Regional
Endereço	TREZE DE MAIO, 24	CENTRO	Profissional	11628/PB	
Acidente	QUEBRA / OUTROS	Móvel	MICHELLY MELLINNY QUEIROGA GOMES		
Data/Hora Classificação	09/07/2019 21:18:31	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data/Hora Prescrição		
			10/07/2019 01:09:32		

ANAMNESE

REAVALIAÇÃO 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

EDIMILSON BEZERRA

MICHELLY MELLINNY QUEIROGA GOMES
(CRM: 11628/PB)

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





HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENAI JR H

四百四十一

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Protocolo	Data Previsão
EDMILSON BEZERRA Machado do Almoxarifado	08/10/1959	60a Anos 7d	MASCULINO	1178016	84917	13/07/2019 17:35:52
Comenda	AREA VERDE ENF 36 / LEITO - 014			Vultado da França-40		
Mestrado				13/07/2019 17:38:52	14/07/2019 17:38:00	8616

Nome do usuário	Senha	ULAM	Orientação do Usuário
Wanda do sadiam onto			

10 CABEÇA ELEVADA A 30°	00
11 CABEÇA ELEVADA A 45°	00
12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	00

JAVESSEN HENRIQUES CEZARINO
CRM: 11365

Assinatura e Encaminho do Profissional

Assinatura e Cântimo

7

1

100

四

8

四

1

10 of 10

1

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

Num. 33893418 - Pág. 22



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TBIMA SEN.

1

1

1

1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA						
Nome		Detalhes do Paciente				
EDUARDO SON BEZERRA Reitor do Abacaxiamento		Data do Nascimento 09/10/1958	Idade 69a 8m 6d	Sexo MASCULINO	Nº 1176016	NP Proibido 84917
Entregar na / LEITO		Validade da Prescrição 12/07/2019 17:30:00 - 13/07/2019 17:30:00				
Carmo		Histórico				
		Sintese				

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Observações do Uso

JOSE RAMALHO DA SI

卷之三

002 125 03

SUGAR 135

Digitized by srujanika@gmail.com

lum. 33893418 - Pág. 23

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

Assinado eletronicamente por: JULIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:35:07

Número do documento: 20090212330762400000032425786



Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE MERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H. ACUSSIEIRA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	EDIMILSON BEZERRA					Data			
Motivo do Atendimento						Usuário:	JOSE RAMALHO		
Convenio						Bolífm	1176016		
		Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Pronutrião	Data Prescrição		
		05/10/1959	60a 9m 6d	MASCULINO	1176016	84917	12/07/2019 14:19:15		
		Enfermaria / Leito	VALIDADE DA PRESCRIÇÃO						
		AREA LARANJA - UDCB / LEITO - 002	12/07/2019 17:00:00 - 13/07/2019 17:00:00						
		Matrícula	Senha						
		Data da Entrada:	Data da Internação:	Permanência na	Permanência no				
		09/07/2019 21:16:31	10/07/2019 17:16:27	2d 19h 13min	1d 23h 13min				
		Norma do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Adm.	Veloc. Inf.	Pes	Apazigramento
		10 CABECEIRA ELEVADA A 30°	0,0						
		11 HOT & HB	0,0						
		12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0						

Reimpresso por:
dhs:

JOSE RAMALHO DA SILVA NETO
CRM: 77703

Assinatura e Carimbo do Profissional





Cruz Vermelha Brasileira HOSPITAL ESTADUAL DE MÉDICA E TRAUMA SENADOR H

Usuário:	THAISE AGRA
Bolígrafo:	1176016

PREScrição MÉDICA

Nome		Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição	
EDIMILSON BEZERRA		06/10/1958	60a 9m 5d	MASCULINO	1176016	84917	11/07/2019 08:21:43	
Método do Atendimento		Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição				
Convenio		AREA LARANJA - UDC B / LEITO - 002		11/07/2019 17:00:00 - 12/07/2019 17:00:00				
		Matricula		Senha				
		Data de entrada:		Data da Internação:		Permanência na		
		09/07/2019 21:16:31		10/07/2019 17:16:27		1d 11h 6min		
				Permanência no		15h 6min		
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de Admin.	Veloc. Int.	Pos	Aprazamento
1	DIETA + H2O (IVAL)	0,0			ORAL			
2	SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML		E.V.		24H	14 23 05 H
3	CEFALOTINA 1G - D(1/7) de 1	1,0	MG		E.V.		6/6H	14 23 05 H
	Diluir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML					
4	DIFLIRONA 600 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/6H	14 23 05 H
	Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML					
5	ONDARABETRONA 4MG/ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.		6/6H	14 23 05 H
	Diluir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML					
6	RANITIDINA 80MG/ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H	14 05
	Diluir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML					
7	FENITOINA 50MG/ML (INJETAVEL) (AMPOLA 5ML)	2,0	ML		E.V.		6/6H	14 05 09
	Diluir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML					
8	CETOPROFENO 100 MG	100,0	MG		E.V.		12/12H	14 05
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100,0	ML					
9	AFERIR PA E FC	0,0						



Reimpresso por:
data:

Assinatura e Carimbo do Profissional



... 100% HOSPITAL ESTADUAL DE MÉRGENCIA E TRAUMA SENAJURH

Assinado por: THAISE AGRA
Data: 10/09/2020
Matrícula: 1176016

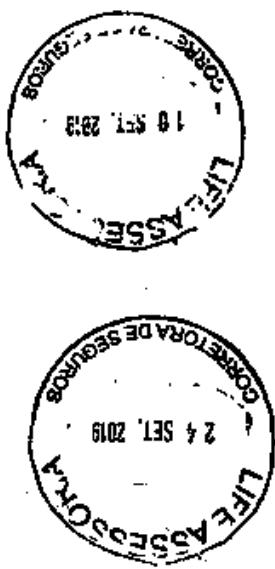
PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
EDILMILSON BEZERRA		08/01/1985	60 Anos 5m 5d	MASCULINO	1176016	64917	11/07/2019 08:21:43
Médico do Acompanhamento		Entomastax / Letto					
Convenio		AREA LARANJA - UDC 6 / LETTO - 02					
		Válida da Prescrição 11/07/2019 17:00:00 - 12/07/2019 17:00:00					
		Médico					
		Santos					
Nome do medicamento		Base	U.S.	Concentração de Uso	Data da entrada:	Data da saída:	Permanência na
10 CABECERA ELEVADA A 30°		0.9			09/07/2019 21:16:31	10/07/2019 17:15:27	1d 1hr 5min
11 HOT CUSH		0.9					Permanência no
12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA		0.9					15h 5min

Reimpresso por:
dsc

Assinatura e Cartório do Profissional

THAISE AGRA
EXTERNA
CR 1176016



Brasileiro HOSPITAL ESTADUAL DA EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. OR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de Nascimento		Sé		Nº PreSCRIÇÃO		Data Prescrição	
EDMILSON BÉZERRA Ribeiro do Almeida Neto		06/10/1983		Sexo MASCULINO		1176016		84917	
Endereço / Celular		Número da Prescrição		1007/2019 16:22:00 - 11/07/2019 16:22:00					
Comentário		Resumo		Sexta					
Nome do medicamento		Dose		U.M.		orientação de uso		Via de Admin.	

1	DIETA	0,0				ORAL			
2	RECUPERAÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	2000,0	ML			E.V.		24h	17/07/2019 14:34
3	GERALOTINA 0,6	1,0	ML			E.V.		60h	17/07/2019 14:34
4	Diluir em ÁGUA DESTILADA (ARROZ 2ML)	2,0	ML			E.V.		60h	17/07/2019 14:34
5	GERALOTINA 0,6 (ARROZ 2ML)	10,0	ML			E.V.		60h	17/07/2019 14:34
6	Diluir em ÁGUA DESTILADA	4,0	ML			E.V.		60h	17/07/2019 14:34
7	RAMADOUVA SÓLIDAL (ARROZ 2ML)	10,0	ML			E.V.		12/12H	17/07/2019 14:34
8	FENITOTINA SÓLIDA 100 MG	2,0	ML			E.V.		60h	17/07/2019 14:34
9	Diluir em ÁGUA DESTILADA	10,0	ML			E.V.		60h	17/07/2019 14:34
10	GERONROFENO 100 MG	100,0	MG			E.V.		12/12H	17/07/2019 14:34
11	Diluir em SÓLIDA FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	100,0	ML			E.V.		60h	17/07/2019 14:34
12	AMERFOR PA 0,5%	0,0							

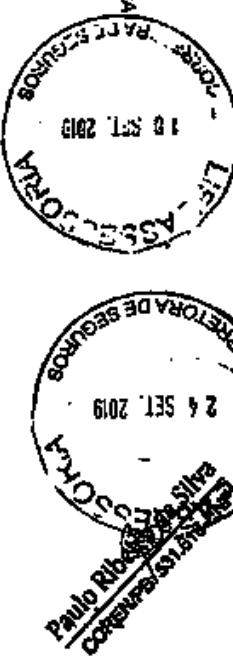
Reimpresso por:

data:

Suelio Guerra

Assinado por: Suelio Guerra
Clique para visualizar o Cachimbo do Profissional

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 6019



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA						
Nome: EDMILSON BEZERRA						
Endereço: Aldeia do Alemãoamento						
Cidade: Conceição						
Data do Nascimento: 08/10/1953		Idade: 66a 0m 4d	Sexo: MASCULINO	Nº: 1176016	NP: 84917	Obs: Prescrição
Endereço / Lote: Maneira					Data Prescrição: 10/07/2019 00:35:14	
Validade da Prescrição: 10/07/2019 00:35:00 - 11/07/2019 00:25:00						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	orientação de uso	Via de Admto.	Veloc. Inf.	Piso	Apresentação
1 DORETA ZERO	0,0						
2 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	2000,0	ML		INTRAVENOSA			
3 DIPOTASSIO SÓDICO (AMPOLA 200)	2,0	ML		E.V.		24H	2/3 22324/2
4 DILUIR EM Solução Fisiológica 0,9%	20,0	ML		E.V.		65H	04
5 TRAMADOL HÓMEO AL. INJETÁVEL (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.		12/12H	03 FR
6 OBUFR EM SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 10ML)	10,0	ML		E.V.		65H	01
7 BANHARIA SANGUÍNEA (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H	05
8 DILUIR EM ÁGUA DESTILADA	10,0	ML					
9 SORO ANTITETANICO & DTPOU (AMPOLA 5ML)	5,0	ML		INTRAMUSCULAR		ASORA	02

Carlos Perreira da Silva Neto
Mestrado em Teoria e Técnica

CUNHA PEREIRA DA SILVA NETO

100

Assinatura e Cármbio do Profissional

HOSPITAL ESTADUAL DE SANTA MARIA - H.E.S.M.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

पुरुष विवाह संख्या ११७८०६

EDIMILSON BEZERRA						
Rodrigo do Alvergnatino						
	Data do Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Prostituição	Data Prostituição
	05/01/2003	60a 8m 4d	MASCULINO	1176016	64917	10/07/2019 16:22:45
	Edemanta / Latia			Vestuário da Prostituição		
Companhia	Matrícula			10/07/2019 16:22:00 - 11/07/2019 16:22:00		
				Sentha		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Ordenação de uso	Uso de Aditivo	Validade
0907201921:03:1			19h 7min		

11. OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	00
12. 857 6698	

Rechtspreche post
dat: 11.01.2018

ALVARO DE FRIETAS GUERRA TERRA

卷之三

Richtlinie 92/22

Assinatura e Cartório de Profissional

Assinatura e Cartimbos do Professional

A circular library stamp with the text "STATE LIBRARY OF NEW SOUTH WALES" around the perimeter and "14 SEPT 1989" in the center.

A circular stamp with the text "CORREIA DE SEQUEIROS" around the top edge and "INSTITUTO" at the bottom. The center contains the date "24 SET. 2019".

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/09/2020 12:33:07
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009021233076240000032425786>
Número do documento: 2009021233076240000032425786

Núm. 33893418 - Pág. 29

Av. 1º de Maio, 1111 - Centro - São Paulo - SP - 01031-000
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

02	00000000000000000000000000000000
usuário:	MAURO DE
Barcode:	1176016

Nome	Sexo	Data de Nascimento	Idade	Nº	Nº Prescritivo	Data Prescrição
EDIMILSON BEZERRA	MASCULINO	08/10/1958	600 Anos 4d	1176016	64917	10/07/2019 16:22:45
Residuo do Abandono	Entomalia / Latex					Validade da Prescrição
Convenio:						10/07/2019 16:22:00 - 11/07/2019 16:22:00

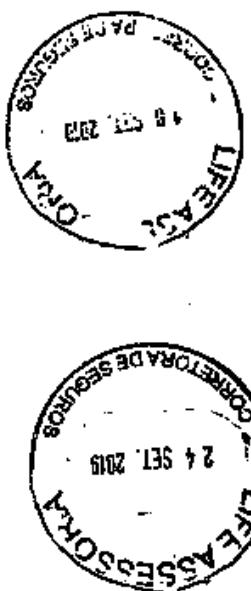
Nome do medicamento	Dose	U.M.	orientação de Uso	Via de Adm.	Véloc. Inf.	Post	Aparelho
10 CABEÇEIRA ELEVADA A 30°	1	0.0					
11 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÉNCIA	1	0.0					
12 HST SEBIS	0.0	1					

Reembolso por:
de:

Dr. Mauro Guerra
07/07/2019

Assinatura e Câmbio do Profissional

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
CRM: 6018



RESERVA DE MÉDICA

Nome		ENDERECO DO ALACIONAMENTO		ENDERECO DE REFERÊNCIA		REFERÊNCIA / LÓTUS		DATA DE REFERÊNCIA		DATA DE REFERÊNCIA		DATA DE REFERÊNCIA		PERIODICIDADE			
EDMILSON BEZERRA		Suelio Moreira Torres		06/09/1995		Sao Gm 4d		MASCOLINO		11760-018		B997		00/07/2019 23:17:00 - 10/07/2019 23:17:00		Semanal	
Cep/Endereço		Bairro		Número		Logradouro		Sexo		Data de Nascimento		Nome		Data de Referência		Período	
11760-016		Francisco		00000000000000000000000000000000		R. Francisco		Masculino		09/07/2019 21:16:31		Data de Referência		09/07/2019 21:16:31		Período	
Forma de medicamento																	
TRAMADOL 50MG 500ML INJETAVEL																	
Assinatura e Carmo do Profissional																	

CRM: 5604

FRANCISCO KARTNEY SARNENTO

Assinatura



CRM: 5604

Assinatura

11/07/2019

172.168.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=490110&dataIncial=11/07/2019 08:32:11&dataFinal=11/07/2019 ... 1/1



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Fernandes Lacerda

AV. CRESTES LISBOA, 611 - PEDRO GONÇALVES
CNPJ: 6121221 - TEL:

GOVERNO DE
DA PARAÍBA o trabalho

Impresso por: THAISE AGRA
TEIXEIRA

Em: 11/07/2019 08:32:10

Nome	EDUARDO ZEZERRA	Bolema de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
Data de nascimento	06/10/1958	Idade	60	
		Sexo	Masculino	
Tempo de internação	15h 16min	Coronário	SUS	
Data de Entrada	08/07/2019 21:16:31	Permanência no Unidade:	1d 15h 16min	Permanência no Leito: 15h 16min

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

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

NEUROCIRURGIA

RELATO DE ACIDENTE DE TRANSITO

ECG 14/15
TC CRANIO - HSA TRAUMATICA
TC COLUNA CERVICAL - SEM LESAO APARENTE
TC TORAX - SEM LESAO APARENTE
FAST - OK

LAB : NA 146 E C 1.36

CONDUTA: TC CRANIO CONTROLE
ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM ORTOPEDIA

Saúde: ÁREA LARANJA - UOC B - Leito: LEITO - 892
Profissional responsável pela informação: THAISE AGRA TEIXEIRA



Ass. Técnica:
Número Conselho: 5247



172.168.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=490110&dataIncial=11/07/2019 08:32:11&dataFinal=11/07/2019 ... 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. 32



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENAI (H.E.E.T.)

Venida

Nome	Usuário: JANCEN
Sobrenome	1176018
CPF	313.111.111-11

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: EDUARDO ESPERARIA Médico de Atendimento		Data de Nascimento: 09/10/1968	Idade: 60a 0m 7d	Sexo: MASCULINO	Nº: 1176018	Nº Prescrição: 84817	Data Prescrição: 13/07/2019 17:38:52
Endereço / Leito: COPACABANA		Validade da Prescrição: 13/07/2019 17:38:52 - 14/07/2019 17:00:00					
ARÉA VERDE EMF 38 / LEITO - 014		Notas/obs:					
		Data:					
		Data da entrada: 09/07/2019 21:18:31					
		Data da saída: 13/07/2019 17:16:27					
		Permanência na: 3d 20h 24min					
		Permanência no: 20h fértil					
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Ornitologia de Uso	Via de Admin.	Veloc. Inf.	Poss.
1. DANT		0,0		ORAL			
2. POLIVITAMÍNICA 0,5% (VITAMICO)		2000,0	ML	EV			
3. SORALISTINA 10 - 001/70003		1,0	ML	EV			
4. SORALISTINA 10 - 001/70003		10,0	ML	EV			
5. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
6. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		4,0	ML	EV			
7. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
8. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
9. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
10. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
11. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
12. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
13. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
14. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
15. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
16. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
17. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
18. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
19. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
20. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
21. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
22. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
23. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
24. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
25. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
26. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
27. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
28. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
29. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
30. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
31. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
32. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
33. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
34. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
35. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
36. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
37. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
38. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
39. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
40. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
41. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
42. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
43. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
44. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
45. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
46. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
47. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
48. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
49. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
50. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
51. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
52. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
53. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
54. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
55. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
56. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
57. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
58. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
59. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
60. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
61. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
62. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
63. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
64. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
65. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
66. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
67. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
68. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
69. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
70. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
71. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
72. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
73. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
74. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
75. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
76. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
77. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
78. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
79. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
80. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
81. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
82. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
83. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
84. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
85. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
86. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
87. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
88. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
89. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
90. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
91. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
92. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
93. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
94. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
95. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
96. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
97. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
98. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
99. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
100. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
101. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
102. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
103. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
104. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
105. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
106. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
107. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
108. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
109. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
110. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
111. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
112. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
113. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
114. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
115. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
116. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
117. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
118. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
119. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
120. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
121. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
122. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
123. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
124. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
125. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
126. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
127. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
128. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
129. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
130. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
131. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
132. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
133. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
134. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
135. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
136. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
137. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
138. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
139. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
140. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
141. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
142. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
143. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
144. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
145. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
146. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
147. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
148. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
149. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
150. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
151. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
152. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
153. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
154. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
155. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
156. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
157. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0	ML	EV			
158. CLOFIBRATONA 1000 (AMOLIA)		10,0					



Assinatura o Carmo da Profissão

Chm-6028

LEONARDO

Nome do medicamento		Dose	U.M.	Ordem/Co de uso	Via de Admin.	Via de Inf.	Pox	Agente/medio
EMLISSION EZEZERA		60/10/1995	600 mg ad	Sabor	1176016	66917	NP/Procedido	15/07/2019 09:43:33
Metido de Atenção		Data de Recebimento		Descrição / Lote	AREA VERDE EPE 36 LERD - 01A		15/07/2019 17:00:00 - 16/07/2019 17:00	
Cotidiano		Data da Entrada		Matrícula	Data da Emergência		Permaneça na	
09/07/2019 21:16:31		10/07/2019 17:16:27		SD 12h 27mn	SD 12h 27mn		2d 12h 4mn	
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Ordem/Co de uso	Via de Admin.	Via de Inf.	Pox	Agente/medio

Brasil
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Nome do Profissional
EDMILSON BEZERRA	LEONARDO
Endereço do Abordamento	Beloim



Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº	Nº Profissional	Data Prescrição
EDMILSON BEZERRA	08/10/1953	66a 8m 8d	MASCULINO	1176016	84917	15/07/2019 09:43:23
Endereço do Leito						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação do Uso	Via de Admin.	Valor. Inf.	Pres.	Aproximamento
10 CABEÇERA ELEVADA A 30°	1	0.0					
11 KGLANHB	1	0.0					
12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0.0	1					
13 SSW + CETOZ	0.01	1					

Nome do medicamento

Dose U.M. Orientação do Uso

Data de abordado:

Data da Informação:

Permanência na

Permanência no

Matéria

Spedir



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA S. JAVADOR H

Doc	1407190610
Usuário	LEOPOLDO
Boleto	1176016

PREScrição MÉDICA

Nome EDIMILSON BEZERRA		Data de Nascimento 06/10/1958		Idade 60a 9m 8d	Sexo MASCULINO	Nº 1176016	Nº Prenatal 84917	Data Prescrição 14/07/2019 08:12:35
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito AREA VERDE ENF 36 / LEITO - 014		Validade da Prescrição 14/07/2019 17:00:00 - 15/07/2019 17:00:00				
Convenio		Matrícula		Senha				
		Data de entrada: 09/07/2019 21:16:31		Data da Internação: 10/07/2019 17:16:27		Permanência na 4d 8h 56min	Permanência no 1d 8h 33min	
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via da Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento	
1 DIETA	0,0			ORAL				
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.		6/6H		
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML						
4 DIFIRONA 600MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		6/6H		
Diluir em Solução Fisiológica 0,9%	10,0	ML						
5 CINDANSETRONA 4MG/0,2ML (AMPOLA 2ML)	4,0	ML		E.V.		6/6H		
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML						
6 IRANITICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML)	2,0	ML		E.V.		12/12H		
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML						
7 FENITOINA 50MG/0,5ML INJETAVEL (AMPOLA 5ML)	2,0	ML		E.V.		6/6H		
Diluir em AGUA DESTILADA	10,0	ML						
8 CETOPROFENO 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							

05 - Anular o recibo a CC 14 - do antibiótico do paciente

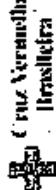
Reimpresso por:
data:

Dr. Leopoldo Viana Batista Neto
Órgão: Cruz Vermelha Brasileira
Órgão: Cruz Vermelha Brasileira
Órgão: Cruz Vermelha Brasileira
Órgão: Cruz Vermelha Brasileira

Assinatura e Carimbo do Profissional

LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO
CRM: 5960





**HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H
Hélio Vianas**

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome:	LEOPOLDO
Unidade:	LEOPOLDO
Documento:	1176016

Nome do medicamento

Nome	Dose	U.M.	Quantidade de Uso	Via de Admin.	Vetor- Int.	Pct	Apresentação
EDINAU SON BEZERRA	051010558						
Motivo do Abandono:							
Caracter:							

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Quantidade de Uso	Via de Admin.	Vetor- Int.	Pct	Apresentação
10 CABEÇERA ELEVADA A 30°	0,0						Qnt.
11 HOT SOFT	0,0						1/4
12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0						XXX

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Quantidade de Uso	Via de Admin.	Vetor- Int.	Pct	Apresentação
10 CABEÇERA ELEVADA A 30°	0,0						Qnt.
11 HOT SOFT	0,0						1/4
12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0						XXX

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Quantidade de Uso	Via de Admin.	Vetor- Int.	Pct	Apresentação
10 CABEÇERA ELEVADA A 30°	0,0						Qnt.
11 HOT SOFT	0,0						1/4
12 OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA	0,0						XXX

LEOPOLDO VIANA BATISTA NETO

CRM: 5950

Nº Prontuário: 84917

Data da Prescrição: 14/07/2019 06:12:35

Nº Prescrição: 15/07/2019 17:30:00

Validade da Prescrição:

Senhora

Spontânea

Reimpresas por:

dia:

Assinatura e Câncella do Profissional:





Nome		Setor/Unidade	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
EDIMILSON	BEZERRA	1176018	08/07/2019 21:18:31	
Data de Nascimento	06/12/1988	Idade 50	Sexo Masculino	CNS 698004832840387
Tempo de Internação	1d 21h 1min		Centro SUS	Prontuário 84917
Data de Entrada	09/07/2019 21:18:31	Ceta 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 14/15

TC CRANIO - HSA TRAUMATICA

TC COLUNA CERVICAL - SEM LESAO APARENTE

TC TORAX - SEM LESAO APARENTE

FAST -OK

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

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

TAC DE CRÂNIO:

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

Não há evidência de fraturas desalinhadas, sangramento intracraniano bem como de coagulações 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 das estruturas 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 - UDC B Letto: LETTO - 002
Prestador responsável pela informação: JOSE RAMALHO DA SILVA NETO -

Número Consulta: 77703



CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS FEDERAÇÕES			
DETTRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO N° 010440418426 COHENAVAG 20152667008 REVECUD VIA 1 0096828139 3 00/0000000 2013			
MARIA DAS GRACAS DE LIMA NO 			
CPF / CNP 04550748411 PLACA ANTO/UF NOVO PB ESPECIE/TYPE PAS/MOTONETA/MAO APERTA MARCA / MODELO SUNDOWN/FEER 100		PLACA 94JLXFB88H055251 CHASSIS COMBUSTIVEL GASOLINA AUTO/FAB 2008 ANO/AN 2008 ODOR PREDOMINANTE CATEGORIA P/ARTIC VEIC/COTAS VENC. COTA UNICA DATA PAGAMENTO/COTAS 03/05/2013 COTA UNICA IPVA PAGO EM 03/05/2013 IPVA / PVA 1 ^a PARCELAMENTO/COTAS 2 ^a 3^a PREMIO TAREFA DO IPVA SEGUR H A G O DATA DE PAGAMENTO 03/05/2013 OBSERVAÇOES A. F. RAYMORE CRED FINANC E INVEST SA ASSISTENCIA 0 GUARARIMA - PE 40649	





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA *Edilson Moreira Bezerra*
DATA DO ACIDENTE *09/04/2019* CPF DA VITIMA *535.609.494-91*

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR *Portador* REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR *13 ot prado*
Nº *511* COMPLEMENTO *-* BAIRRO *Jardim Ruivale*
CIDADE *Floripa* UF *SC* CEP *89250-000*
E-MAIL *floripa_4 dentro* TELEFONE *(49) 991429029*

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COM OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA *24-09-2019*IDENTIDADE *2.313.3185*ASSINATURA *Edilson Moreira Bezerra*

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

DATA *-*NOME *-*ASSINATURA *-*

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. 42

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, DEFÍCIT 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: HOUVE 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 DEFÍCIT 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, DEFÍCIT 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: HOUVE 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 DEFÍCIT 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

EDMILSON BEZERRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



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. 46

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0330332/19

Vítima: EDMILSON BEZERRA

CPF: 535.609.494-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/07/2019

Titular do CPF: EDMILSON BEZERRA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

EDMILSON BEZERRA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

