Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

08/03/2021

Número: **0801397-77.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**
Última distribuição : **18/02/2020**
Valor da causa: **R$ 1.350,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
BIVALDO ALVES DA SILVA (AUTOR)	**JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)** **ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)**
LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME (REU)	**SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)**
RAFAEL LARA DE FREITAS (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40318768	08/03/2021 10:18	Petição	Petição
40318775	08/03/2021 10:18	2756914_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
40318776	08/03/2021 10:18	2756914_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **BIVALDO ALVES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180543964**
Vítima: **BIVALDO ALVES DA SILVA**
Data do Acidente: **04/08/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180543964.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01701/01702 - carta_01 - INVALIDEZ

00010851

Carta nº 13611886

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 053695214 09 | Nome completo da vítima: Dirvaldo Alves da Silva

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

Nome completo: Dirvalda Alves da Silva | CPF: 053 695 214 09

Profissão: Garcom | Endereço: Rua Dr Euclides N. Oliveira | Número: 82 | Complemento: AP 101

Bairro: Mangabeira | Cidade: João Pessoa | Estado: PB | CEP: 58057-000

E-mail: | Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0729 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 03656 6 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa-PB 19/11/2018

Nome: Dirvaldo Alves da Silva

CPF: 053.695.214-09

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Dirvaldo Alves da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF: Assinatura

2ª | Nome: CPF: Assinatura

PROTOCOLO 13 NOV. 2018 JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

0729
013
3656-6

13 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESS

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

GOVERNO DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 02172.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02172.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:31 horas do dia 09 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Bivaldo Alves da Silva**, CPF nº 053.695.214-09, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Garçom, filho(a) de Francisca Severina da Silva e João Alves da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/04/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Dr.euclides Neiva de Oliveira, Nº 101, complemento APT 101-MANGABEIRA IV, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Antiga A& C, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98638-8041.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Epitacio Pessoa, Hotel Royal, João Pessoa/PB, bairro Miramar; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/08/18 04:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE trafegava com o pas/veiculo, tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/POP 110 I, ano e modelo:2017 de cor vermelha, placa QFM 8904/PB,Chassi nº 9C2JB0100HR254207,registrado em nome do notificante;QUE segundo o mesmo seguia normalmente em sua mão quando sentiu uma sonolência e terminou por colidir em um objeto fixo (placa)que devido ao impacto veio a cair ao chão;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 25.10.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID S00,9 +S01,8+S62,6 e S83,1

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 09 de novembro de 2018.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao

BIVALDO ALVES DA SILVA
Noticiante

PROTOCOLO
13 NOV. 2018
A.G. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 02172.01.2018.1.00.420

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 053695214 09 | Nome completo da vítima: Dirvaldo Alves da Silva

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

DADOS CADASTRAIS

Nome completo: Dirvalda Alves da Silva | CPF: 053 695 214 09

Profissão: Garcom | Endereço: Rua Dr Euclides N. Oliveira | Número: 82 | Complemento: AP 101

Bairro: Mangabeira | Cidade: João Pessoa | Estado: PB | CEP: 58057-000

E-mail: | Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0729 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 03656 6 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos. Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa-PB 19/11/2018

Nome: Dirvaldo Alves da Silva

CPF: 053.695.214-09

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Dirvaldo Alves da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF: Assinatura

2ª | Nome: CPF: Assinatura

PROTOCOLO 13 NOV. 2018 JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME

SAMU 192 REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 808/114, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2151263, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **BIVALDO ALVES DA SILVA** idade 34 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x objeto fixo)** no dia 04/08/2018, na Av. Epitácio Pessoa, Bairro: Miramar - João Pessoa - aproximadamente às 04:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 03 de Setembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CRE/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDENCIA SIA
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
A.G. JOÃO PESSOA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

ÂNGELICA DE FATIMA MOSINHO PEREIRA
RUA DR EUCLIDES VEIVA OLIVEIRA, 82 / AP 101 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58057-000 (AG: 1)

Emissao: 25/06/2018 Referencia: Jun / 2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 14 - 5 - 372 - 7440 Nº medidor: 00001372141

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001640209
Cód. para Déb. Automático: 000131856 73

Jun / 2018 | 25/06/2018 | 25/07/2018 | 1939267412

Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1318567-3

24/05/18	17825	25/06/18	17945	1	20	32

			Tributos Total(R$)	ICMS(R$)	ICMS		Pis/Cofins(R$)	(0,8006%)	(4,1424%)
0601	Consumo em kWh	120,000 0,727880	87,34	87,34	27	23,59	87,34	0,79	3,62
0601	Adic. B. Amarela								
0801	Adic. B. Vermelha		6,91	6,91	27	1,86	6,91	0,06	0,29
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA		3,79	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	CCI: Código de Classificação do Item TOTAL		98,42	94,62		25,55	94,63	0,85	3,92

Média últimos meses (kWh): 95

VENCIMENTO 16/07/2018

TOTAL A PAGAR R$ 98,42

83	33	92	99	97	102	92	21	108	01	122	107
Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18

RESERVADO AO FISCO
e226.6257.0864.8098.1875.0e32.424a.6b82.

DIC TRIMESTRAL	13,38	220
DIC ANUAL	23,77	
FIC MENSAL	3,23	
FIC TRIMESTRAL	5,47	202
FIC ANUAL	12,9*	231
DMIC		
DICRI		

Composição do Consumo

Discriminacao	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	22,35	22,78
Compra de Energia	22,34	22,66
Serviço de Transmissão	3,43	3,43
Encargos Setoriais	6,19	6,29
Impostos Diretos e Encargos	34,11	34,66
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**98,42**	**100,00**

Valor do EUSD (Ret. 4/2398) R$ 32,60

PROTOCOLO ... PESSOA
13 NOV. 2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

ÂNGELICA DE FATIMA MOSINHO PEREIRA
RUA DR EUCLIDES NEIVA OLIVEIRA, 82 / AP 101 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58057-000 (AG: 1)
Emissão: 25/06/2018 Referencia: Jun / 2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 14 - 5 - 372 - 7440 Nº medidor: 00001372141

energisa

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP [illegible]
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº [illegible]
Cód. para Déb. Automático: 000131856 73

Jun / 2018	25/06/2018	25/07/2018	1939267412

Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1318567-3

24/05/18	17925	25/06/18	17945	1	20	32

CCI	Descrição	Quant. / Tarifa	Tributos Total(R$)	ICMS(R$)	ICMS %		Pis/Cofins(R$)	(0,8006%)	(4,1424%)
0601	Consumo em kWh	120,000 0,72708	87,34	87,34	27	23,59	87,34	0,79	2,82
0601	Adic. B. Vermelha		6,91	6,91	27	1,86	6,91	0,06	0,29
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIB SERV.ILUM.PÚBLICA		3,78	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 98,42 94,82 25,55 94,83 0,85 3,92

Média últimos meses (kWh): 95

VENCIMENTO 16/07/2018

TOTAL A PAGAR R$ 98.42

83	77	92	99	97	102	92	21	168	101	122	107
Jun/17	Jul/17	Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18

RESERVADO AO FISCO 0228.6257.0864.8098.1875.0e32.424a.6b82

DIC TRIMESTRAL	13,38	220
DIC ANUAL	23,77	
FIC MENSAL	3,23	
FIC TRIMESTRAL	5,47	202
FIC ANUAL	12,9[illegible]	231
DMIC	[illegible]	
DICRI		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	22,35	22,70
Compra de Energia	22,34	22,69
Serviço de Transmissão	3,43	3,49
Encargos Setoriais	6,19	6,29
Impostos Diretos e Encargos	34,11	34,66
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	**98,42**	**100,00**

Valor do EUSD (Ret. 4/2/98) R$32,60

PROTOCOLO [illegible] 13 NOV. 2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

energisa

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	22/10/2018	21/11/2018	010.942.224-46

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			

Demonstrativo

Cód.	Descrição
0601	Consumo em kWh
0801	Adic. B. Vermelha
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS
0807	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	29/10/2018	R$ 207,23

Histórico de Consumo (kWh)

RESERVADO AO FISCO

acb7.d360.4152.6dfc.e508.1855 4f76 7143

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
			NOMINAL	
			CONTRATADA	
			LIMITE INFERIOR	
			LIMITE SUPERIOR	

Discriminação	Valor (R$)	%
Total	207,23	100,00

ATENÇÃO **Faturas em atraso**

13 NOV. 2018

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

energisa PARAIBA

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
29/10/2018	R$ 207,23

83670000002-6 07230149000-8 16983582018-7 10600005018-0

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: | CPF da vítima: 053695214 09 | Nome completo da vítima: Dívaldo Alves da Silva

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

Nome completo: Dívaldo Alves da Silva | CPF: 053 695 214 09

Profissão: Garcom | Endereço: Rua Dr Euclides N. Oliveira | Número: 82 | Complemento: AP 101

Bairro: Mangabeira | Cidade: João Pessoa | Estado: PB | CEP: 58057-000

E-mail: | Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 0729 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 03656 6 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | Se tinha filhos, informar quantos. Vivos: Falecidos: | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não | Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa-PB 19/11/2018

Nome: Dívaldo Alves da Silva

CPF: 053.695.214-09

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Dívaldo Alves da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) | Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF: Assinatura

2ª | Nome: CPF: Assinatura

PROTOCOLO 13 NOV. 2018 JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	BIVALDO ALVES DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO	03/04/84
NOME DA MÃE	FRANCISCA SEVERINA DA SILVA
DADOS EXTRAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.099.061
Nº PRONTUARIO	110.263
DATA DO ATENDIMENTO	04/08/18
HORA DO ATENDIMENTO	05:20
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TCE LEVE + FERIMENTO FRONTAL + FRATURA EXPOSTA DO 4º QUIRODÁCTILO E + LUXAÇÃO DO JOELHO
CID 10	S 00.9 + S 01.8 + S 62.6 + S 83.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x placa), apresentando ferimento corto-contuso em região frontal, com sonolência, desorientado, além de dor intensa e deformidade no joelho E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
RX da mão E - AP e P
RX da coxa E - AP e P
RX do joelho E - AP e P
RX da perna E - AP e P
USG do abdome total - FAST

PREV PREVIDENCIA
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
G. JOÃO PESS

TRATAMENTO:

Fratura exposta do 4º quirodáctilo da mão E + luxação do joelho E ao RX. Sem alteração à TC, USG e aos outros RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Teófilo Vanomark e equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 26/08/18

DATA DA EMISSÃO: 25/10/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

Meu

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

RUA PEDRO GONDIM, S/N - - CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1099061

Identificação do paciente

ID 1312854	Nome BIVALDO ALVES DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34 anos 4 meses 26 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 110263
Mãe FRANCISCA SEVERINA DA SILVA			Pai JOAO ALVES DA SILVA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987230924		DDD Fixo 83	Fone Fixo 988953738
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2611311		Nº Cns	
Local de procedência AV EPITACIO PESSOA			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade		CBO/R	

Endereço

CEP 58064220	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSÉ PEDRO DOS SANTOS COELHO
Número SN	Complemento		Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO

Admissão

Data e Hora 04/08/2018 05:20:43	Número da pulseira 1000006096273		Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica	
Classificação de risco			Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente MOTO X OBJETO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

Imprimir

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
13 AGO 2018
Hora
Tempo
15seg

29/08/2018 15:35

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

Documento de Alta

Nome: BIVALDO ALVES DA SILVA			**Número Prontuário:** 110263
Data de 03/04/1984	**Sexo:** Masculino	**Data de Internação:** 04/08/2018 14:37:39	**Data de Alta:** 26/08/2018 12:53:29

Motivo da alta:
ALTA HOSPITALAR

Conduta:
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUINDO COM DOR E EDEMA EM JOELHO ESQUERDO. PACIENTE COM HISTÓRIA DE REDUÇÃO ESPONTÂNEA. EVOLUI BEM, SEM QUEIXAS. PROGRAMADO RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR.

Resumo da Internação:

Resultado de Exames:

Tratamento:

Diagnóstico:
S83.1 - Luxação do joelho

Recomendações:
CARGA PARCIAL; TOMAR A MEDICAÇÃO PRESCRITA; EVITAR ATIVIDADE FÍSICA; REPOUSO.

Data: 26/08/2018

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
CRM: 9603

PREV PREVIDÊNCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
C. JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira | Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena | GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1099061

Identificação do paciente

ID 1312854	Nome BIVALDO ALVES DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34 anos 4 meses 1 dia	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe FRANCISCA SEVERINA DA SILVA			Pai JOAO ALVES DA SILVA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
DDD Móvel 00	Fone Móvel 000000000		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2611311		Nº Cns	
Local de procedência AV EPITACIO PESSOA			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade		CBO/R	

Endereço

CEP 58064220	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSÉ PEDRO DOS SANTOS COELHO
Número SN	Complemento		Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO

Admissão

Data e Hora 04/08/2018 05:20:43	Número da pulseira 1000006096273		Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica	
Classificação de risco			Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente MOTO X OBJETO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA ________ x ________ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos

[illegible handwriting]

Diagnóstico | CID

Atendido por
AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES | Tempo 15seg

Imprimir

PROTOCOLO 19 NOV 2018

04/08/2018 05:20

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

Cruz Vermelha Brasileira

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA		BAE 1099081	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data baixa
Data de nascimento 13/04/1984	Idade 34a 4m 1d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de contato (00) 000000000
Mãe FRANCISCA SEVERINA DA SILVA				Prontuário
Endereço JOSE PEDRO DOS SANTOS COELHO, SN		Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	Nº Cons. Registro 9603/
Data/Hora Classificação 04/08/2018 05:20:43			Data/Hora Prescrição 04/08/2018 12:30:23	

Anamnese

#ORTOPEDIA#

SUSPEITA DE LUXAÇÃO TRAUMATICA DO JOELHO ESQUERDO, COM ALARGAMENTO DO ESPAÇO ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO, POSTERIORIZAÇÃO DA TIBIA AO ELEVAR O MIE PELO CALCANEO.

CD: SOLICITO AVALIAÇÃO INICIAL PELA VASCULAR E REAVALIACOES CONFORME O NECESSARIO, DEVIDO O RISCO DE LESÃO VASCULAR ASSOCIADO AO TRAUMA EM QUESTÃO.

Cuidados

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR, (OBSERVAÇÕES: PROVÁVEL LUXAÇÃO TRAUMATICA DO JOELHO ESQUERDO.)

Procedimento

TALA INGUINO PODALICO, (OBSERVAÇÕES: ESQUERDO)

Conduta

Em observação

BIVALDO ALVES DA SILVA

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
CRM: 9603

13 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V. 8/8H. 0,0 (MG?SM) (OBSERVAÇOES: LENTO SN)

Dipir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V. 8/8H

CUIDADOS

CURATIVO. (OBSERVAÇOES: DIARIO)

ASVV + CCGG

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO ESQUERDA. (INDICAÇOES CLÍNICAS: 4º DEDO DA MAO ESQUERDA - AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA. (INDICAÇOES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA. (INDICAÇOES CLÍNICAS: AP E PERFIL)

Conduta

Internar Paciente

Dr. Francinelio Freitas

RIVALDO ALVES DA SILVA

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
CRM: [illegible]

PREV PREVIDÊNCIA S/A
13 NOV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445305

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA	BAE 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	
Data de nascimento 03/04/1984 — Idade 34a 4m 1d	Sexo Masculino	CNS	
Mãe FRANCISCA SEVERINA DA SILVA			
Endereço JOSE PEDRO DOS SANTOS COELHO SN	Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	
Acidente MOTO X OBJETO — Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLISTA		Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS	
Data/Hora Consultação 04/08/2018 05:20:43		Dt e Hora Prescrição 04/08/2018 12:12:35	

Anamnese

ORTOPEDIA

COMO PACIENTE NECESSITA PERMANECER EM OBSERVAÇAO PELA NCR, INTERNO PARA TRATAMENTO DE FRATURA EXPOSTA DO 4QDE.

PACIENTE COM DOR INTENSA E DEFORMIDADE NO JOELHO ESQUERDO.

CD : INTERNAÇAO + RADIOGRAFIAS.

STAFF: DR TEOFILO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML ... (MGTSM)

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V. 6/6H, COM INTERVALO DE 6 6H POR 7 DIA/S.

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

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V. 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 6/6H, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇOES: ...)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 MG VIA E.V. 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V. 1X AO DIA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇOES: ...)

Diluir

OMEPRAZOL 40MG INJETAVEL COM DILUENTE (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 40,0 MG VIA E.V. 1X AO DIA

SOLUÇAO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR ... ML VIA E.V. 24H, 0,0 (MGTSM)

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

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR ... MG VIA E.V. 12/12H

INSS PREVIDÊNCIA SOCIAL — PROTOCOLO — JOÃO PESSOA — 19 NOV. 2018

1 SUTI

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2778696

Paciente **BIVALDO ALVES DA SILVA**		BAE **1099061**	Data/Hora Entrada **04/08/2018 05:20:43**	Data Baixa
Data de nascimento **03/04/1984**	Idade **34a 4m 1d**	Sexo **Masculino**	CNS	Telefone de Contato **(00) 000000000**
Mãe **FRANCISCA SEVERINA DA SILVA**				Prontuário
Endereço **JOSÉ PEDRO DOS SANTOS COELHO, SN**		Bairro **VALENTINA DE FIGUEIREDO**	Municipio **JOAO PESSOA**	UF **PB**
Acidente **MOTO X OBJETO**	Motivo **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**		Profissional **TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE**	Nº Cons. Regional **2563/PB**
Data/Hora Classificação **04/08/2018 05:20:43**			Data/Hora Prescrição **04/08/2018 08:28:19**	

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE SUBMETIDO A PROCEDIMENTO DE SUTURA EXTENSA DA COXA DIREITA.
ALTA DA CIRURGIA GERAL.
AOS CUIDADOS DA NEUROLOGIA E ORTOPEDIA.

CUIDADOS

SUTURA DE FERIMENTO

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Teofilho G. de Andrade
Cirurgião Geral
CRM 2563

BIVALDO ALVES DA SILVA

TEOFILHO GREGORIO DE ANDRADE
(: 2563/PB)

PREFEITURA DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA DE PREVIDÊNCIA S/A
13 NOV. 2018
PROTOCOLO

Boletim registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 04/08/2018 05:20:58

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 445365

Paciente **BIVALDO ALVES DA SILVA**		BAE **1099061**	Data/Hora Entrada **04/08/2018 05:20:43**	Data Baixa
Data de nascimento **03/04/1984**	Idade **34a 4m 1d**	Sexo **Masculino**	CNS	Telefone de Contato **(00) 000000000**
Mãe **FRANCISCA SEVERINA DA SILVA**				Prontuário
Endereço **JOSÉ PEDRO DOS SANTOS COELHO, SN**		Bairro **VALENTINA DE FIGUEIREDO**	Município **JOAO PESSOA**	UF **PB**
Acidente **MOTO X OBJETO**	Motivo **ACIDENTE DE MOTOCICLETA**		Profissional **FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS**	Nº Cons. Regional **9603/**
Data/Hora Classificação **04/08/2018 05:20:43**			Data/Hora Prescrição **04/08/2018 08:55:00**	

Anamnese

#ORTOPEDIA#
VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E LACERAÇÃO DA COXA DIREITA . RESOLVIDA PELA CIRURGIA GERAL.
SE APRESENTA CONFUSO E ALGO SONOLENTO NO MOMENTO.
APRESENTA DOR E DEFORMIDADE NO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA, COM CREPITAÇÃO À PALPAÇÃO E FERIMENTO PUNTIFORME NO LOCAL.

RX.: FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 4º QDE.

CD.: LAVAGEM COM SF0,9% + SUTURA + AGUARDO PARECER DA NRC PARA TRANSFERENCIA PARA O TRAUMINHA.
(FEITO PAPEIS DA TRANSFERÊNCIA)
PS.: CASO O PACIENTE PERMANEÇA EM OBS OU INTERNADO SOLICITAR PARECER DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 7 DIA(S)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

onduta

Em observação

Dr. Francinelio Freitas
Medico
CRM PB 9603
CNS

BIVALDO ALVES DA SILVA

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS
(CRM: 9603/)

GOVERNO DA PARAÍBA PREVIDÊNCIA S/A
13 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Boletim registrado por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 04/08/2018 05:20:58

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2458276

Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA		BAE 1099631	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data Baixa
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34a 4m 1d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (00) 000000000
Mãe FRANCISCA SEVERINA DA SILVA				Prontuário
Endereço JOSÉ PEDRO DOS SANTOS COELHO, SN		Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional ERICKSON DUARTE BONIFACIO DE ASSIS	Nº Cons. Regional 6006/PB
Data/Hora Classificação 04/08/2018 05:20:43			Data/Hora Prescrição 04/08/2018 10:46:34	

Anamnese

VITIMA DE ACIDENTE, GLASGOW 14, MOBILIZA 4 MEMBROS, NEGA CERVICALGIA, TC CRANIO SEM LESOES INTRACRANIANAS. LIBERADO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICAO. REAVALIAÇÃO PELA NEUROCIRURGIA.

CID10

Código	Descrição
S06.9	Traumatismo intracraniano não especificado

Conduta

Em observação

Dr. Erickson Duarte B. de Assis
Neurocirurgião
CRM 6006

BIVALDO ALVES DA SILVA

ERICKSON DUARTE BONIFACIO DE ASSIS
CRM: 6006 PB

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DPVAT
13 NOV. 2018
PROTOCOLO
A.G. JOÃO PESSOA

Boletim registrado por AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES em 04/08/2018 05:20:43

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

[illegible]

Endereço AV ORESTES [illegible] JOÃO PESSOA - PB
[illegible]
Tel:
[illegible]

[illegible]

[illegible] SEVERINA DA SILVA

[illegible]

APRESENTANDO-SE COM SINAIS DE EMBRIAGUEZ [illegible]

[illegible]

RADIOGRAFIA [illegible] 3 PERFIL

[illegible]

RADIOGRAFIA [illegible] ESQUERDA [illegible]

[illegible]

Em observação

[illegible]

DATAPREV PREVIDÊNCIA SOCIAL
13 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

[illegible]

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente EDUARDO BATISTA DE SALES		BAE 1096288	Data/Hora Entrada 22/07/2018 19:34:33	Data Baixa
Data de nascimento 24/08/1977	Idade 40a 10m 29d	Sexo Masculino	CNS 898000429820978	Telefone de Contato (83) 987624603
Mãe MARIA TEREZA BATISTA DE SALES				Prontuário
Endereço BOM JESUS, 1220		Bairro VARJÃO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA	Nº Cons. Regional 4149/PB
Data/Hora Classificação 22/07/2018 19:34:33			Data/Hora Prescrição 22/07/2018 23:29:35	

Anamnese

CIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO. NEGA VÔMITO, DESMAIO, ALERGIA MEDICAMENTOSA E DENÇAS DE BASE. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM BEG/LOTE, EUPNEICO, NORMOCORADO, VIAS AÉREAS LRVIAS. AO EXAME FÍSICO APRESENTA ABRASÃO EM REGIÃO MALAR DIREITA E MENTUAL, PERDA DE PROJEÇÃO ÓSSEA ZIGOMATICA DIREITRA, DESNÍVEL EM CORPO DE MANDIBULA DIREITO, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, OCLUSÃO INSTAVÉL, AUSÊNCIA DE OBSTRUÇÃO E CREPITAÇÃO NASAL MOVIMENTOS OCULARES E ACUIDADE VISUAL PRESERVADA. AO EXAME TOMOGRÁFICO APRESENTA SINAIS SUGESTIVOS DE FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMATICO DIREITO E FRATURA DE CORPO DE MANDIBULA DIREITA (PRESENÇA DE ELEMENTO DENTÁRIO EM LINHA FRATURA).

CD:
1-AVALIAÇÃO E ORIENTAÇÃO BMF
2- INTERNAÇÃO

DIETA

DIETA, VIA ORAL (OBSERVAÇÕES: PASTOSA)

JELCO HEPARINIZADO, VIA E.V.

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H, 0.0 (MGTSM)
Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, 0.0 (MGTSM)
Diluir

RANITIDINA 50MG/2ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 50,0 MG VIA E.V., 8/8H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 12/12H, 0.0 (MGTSM)
Diluir

DEXAMETASONA 10MG/2,5ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 G VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6 POR 7 DIA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0.0 (MGTSM)
Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO NAÚSEA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

PROTOCOLO 19 NOV. 2018 J. JOÃO PESSOA ... PREVIDÊNCIA S/A

Boletim registrado por: ILMA VIEIRA DA SILVA em 22/07/2018 19:37:31

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0.0 (MGTSM)
Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0.0 (MGTSM)
Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 12/12H, SE NECESSÁRIO DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

CUIDADOS

CABECEIRA ELEVADA A 30°

SSVV + CCGG

HIGIENE ORAL RIGOROSA

EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

ANSAMINE PIRUVICA (TGP)

EIA - SORO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

HEMOGRAMA

Conduta

Internar Paciente

EDUARDO BATISTA DE SALES

OTAVIO BRUNO GRISI LOPES DE MENDONCA
(: 4149/PB)

PREVIDÊNCIA SOCIAL
19 NOV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES. 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO
Em: 24/08/2018 07:55:00

Paciente **BIVALDO ALVES DA SILVA**		Boletim de Atendimento **1099061**	Data/Hora Entrada **04/08/2018 05:20:43**	Data/Hora Saída
Data de nascimento **03/04/1984**	Idade **34**	Sexo **Masculino**	CNS	Prontuário **110263**
Tempo de Internação		Convênio **SUS**		Plantão **DIURNO**

EVOLUÇÃO MEDICA *(LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 24/08/2018 07:54:35)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#18o dpo de fratura exposta de 4o qde - fixada com fio k
#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida
#Retirou tala inguino-podálica de mie para realizar fisioterapia
#fez RNM dia 16/08/18

sem queixas.
estável no leito
fo em mão esquerda de bom aspecto com pino e cicatriz em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

cd: aguarda resultado da RNM
carga parcial com muletas e tensor em joelho

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO **Número Conselho: 8491**

PREVIDENCIA S/A
13 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO
Em: 23/08/2018 09:24:42

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
BIVALDO ALVES DA SILVA		**1099061**	**04/08/2018 05:20:43**	
Data de nascimento **03/04/1984**	Idade **34**	Sexo **Masculino**	CNS	Prontuário **110263**
Tempo de Internação		Convênio **SUS**		Plantão **DIURNO**

EVOLUÇÃO MEDICA *(LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 23/08/2018 09:24:26)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#17o dpo de fratura exposta de 4o qde - fixada com fio k
#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida
#Retirou tala inguino-podálica de mie para realizar fisioterapia
#fez RNM dia 16/08/18

sem queixas.
estável no leito
fo em mão esquerda de bom aspecto com pino e cicatriz em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

cd: aguarda resultado da RNM
carga parcial com muletas e tensor em joelho

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Número Conselho: 8491

PREVIDÊNCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO
Em: 22/08/2018 13:19:04

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
BIVALDO ALVES DA SILVA		**1099061**	**04/08/2018 05:20:43**	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
03/04/1984	**34**	**Masculino**		**110263**
Tempo de Internação		Convênio		Plantão
		SUS		**DIURNO**

EVOLUÇÃO MEDICA *(LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 22/08/2018 13:18:53)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#16o dpo de fratura exposta de 4o qde - fixada com fio k
#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida
#Retirou tala inguino-podálica de mie para realizar fisioterapia
#fez RNM dia 16/08/18

sem queixas.
estável no leito
fo em mão esquerda de bom aspecto com pino e cicatriz em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

cd: aguarda resultado da RNM
amanhã conversar com o paciente para colocar imobilização e pensar em iniciar carga parcial
raio-x de mão esquerda
vpm

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO **Número Conselho: 8491**

PREVIDÊNCIA SA... 19 NOV. 2018 PROTOCOLO JOÃO PESSOA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES. 454554 - Tel.: 8332165700

Impresso por: BRUNO DE LUNA ROMA
Em: 20/08/2018 07:44:23

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
BIVALDO ALVES DA SILVA		**1099061**	**04/08/2018 05:20:43**	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
03/04/1984	**34**	**Masculino**		**110263**
Tempo de Internação		Convênio		Plantão
		SUS		**DIURNO**

EVOLUÇÃO MEDICA *(BRUNO DE LUNA ROMA - 20/08/2018 07:44:23)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#14o dpo de fratura exposta de 4o qde
#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida

sem queixas.
estável no leito
fo em mão esquerda de bom aspecto e sutura em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogisticos
TC DE JOELHO = hemartrose - ver necessidade de realizar punção
RNM marcada para dia 16/08/2018
cd: aguarda resultado da RNM
discutir com preceptoria

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsavel pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

Número Conselho: 10075

PREVIDÊNCIA S/A
13 NOV. 2018
PROTOCOLO
A.G. JOÃO PESS

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N -
CNES: 454554 - Tel.: 8332165700

GOVERNO DA PARAÍBA

Impresso por: BRUNO DE LUNA ROMA
Em: 13/08/2018 07:09:17

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
BIVALDO ALVES DA SILVA		**1090061**	**04/08/2018 05:20:43**	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
03/04/1984	**34**	**Masculino**		**110263**
Tempo de Internação		Convênio		Plantão
		SUS		**DIURNO**

EVOLUÇÃO MEDICA *(BRUNO DE LUNA ROMA - 13/08/2018 07:09:03)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#8o dih
#8o dpo de fratura exposta de 4o qde
#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida

sem queixas.
estável no leito
fo em mão esquerda de bom aspecto e sutura em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos
TC DE JOELHO = hemartrose - ver necessidade de realizar punção na segunda-feira com preceptor

cd: aguardo fazer RNM

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: BRUNO DE LUNA ROMA

Número Conselho: 10075

INSS PREVIDÊNCIA S/A
13 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

Cruz Vermelha Brasileira — Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena — GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332166700

Impresso por: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO
Em: 11/08/2018 09:08:41

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
BIVALDO ALVES DA SILVA		1099051	04/08/2018 05:20:43	
Data de nascimento **03/04/1984**	Idade 34	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 110263
Tempo de Internação		Convênio **SUS**		Plantão **DIURNO**

EVOLUÇÃO MEDICA *(LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 11/08/2018 09:08:09)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#6o dih
#6o dpo de fratura exposta de 4o qde
#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida

sem queixas.
estável no leito
fo em mão esquerda de bom aspecto e sutura em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos
TC DE JOELHO = hemartrose - ver necessidade de realizar punção

cd: aguardo fazer RNM

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO Número Conselho: 948

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A — 19 NOV. 2018 — PROTOCOLO — AG. JOÃO PESSOA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAIBA

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Impresso por: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO
Em: 10/08/2018 07:48:11

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
BIVALDO ALVES DA SILVA		**1099061**	**04/08/2018 05:20:43**	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS	Prontuário
03/04/1984	**34**	**Masculino**		**110263**
Tempo de Internação		Convênio		Plantão
		SUS		**DIURNO**

EVOLUÇÃO MEDICA *(LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 10/08/2018 07:47:39)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#6o dih
#5o dpo de fratura exposta de 4o qde
#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida

sem queixas.
estável no leito
fo em mão esquerda de bom aspecto e sutura em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogísticos

cd: aguardo RNM + troca de tala inguino podálica

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO **Número Conselho: 8491**

PARAÍBA PREVIDÊNCIA S/A
13 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
Paciente BIVALDO ALVES DA SILVA		Boletim de Atendimento 1099061	Data/Hora Entrada 04/08/2018 05:20:43	Data/Hora Saída
Data de nascimento 03/04/1984	Idade 34	Sexo Masculino	CNS	Prontuário 110263
Tempo de Internação		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO MEDICA *(LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 09/08/2018 09:06:21)*

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

#5o dih
#4o dpo de fratura exposta de 4O qde
#luxação de joelho esquerdo - sic - relato de que já chegou reduzida

sem queixas.
estável no leito
fc em mão esquerda de bom aspecto e sutura em coxa direita de bom aspecto sem sinais flogisticos

cd. solicito tc de joelho esquerdo PELA SEGUNDA VEZ PORQUE NÃO FIZERAM DA PRIMEIRA + RNM DE JOELHO ESQUERDO

Seção: POSTO IB - ENF 14 Leito: 0004 - ORTOPEDIA
Profissional responsável pela informação: LAIANA KAREN DANTAS BARRETO **Número Conselho: 8491**

Laiana Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM 8491

PREV PREVIDÊNCIA S/A
13 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

EVOLUÇÃO MÉDICA (LAIANA KAREN DANTAS BARRETO - 08/08/2018 03:15:00)

[illegible] exposição de 40 gda
[illegible] esquerdo - sic - relato de que a criança [illegible] reduzida

[illegible] LAIANA KAREN DANTAS BARRETO

Laiana Karen Dantas Barreto
MÉDICA
CRM 8491

CAPREV PREVIDÊNCIA S/A
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: [illegible] BE/Prontuário: ____________

Idade: _______ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: __________ Data: ___/___/___

Clínica/Setor: [illegible] EMP: ____________ LR: ________

Cirurgia: [illegible]

Cirurgião: [illegible] 1º Assistente: [illegible]

2º Assistente: ______________________ 3º Assistente: ______________________

Instrumentador: ______________________ Anestesista: ______________________

Tipo de Anestesia: [illegible] Horário: Início ___:___ Término ___:___

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
[illegible]	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
[illegible]	
[illegible]	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim ( )Não. Descrição: ______________________

Biopsia de Congelação: ( )Sim ( )Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

( )Enfermaria ( )Terapia Intensa ( )Residência ( )Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. [illegible] Freitas CNS [illegible] João Pessoa, ___/___/___

PROTOCOLO 13 NOV. 2013 JOÃO PESSOA

Médico/CRM: ______________________

FNG/ASCIR.009-1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

Observação:

Dr Francinello Freitas
Médico
CRM ...803
CNS ...4579057800

João Pessoa, ___/___/___

SUPREV PREVIDÊNCIA SIP
19 NOV. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Médico/CRM: ______________________________

F(NG).ASCIR.009-1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

Anexo II

SUS Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: TRAUMA

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: [illegible] ALVES DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: [illegible]

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO / /

9 - SEXO Masc (1) Fem (3)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO DDD Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Agulha de Barbeira [illegible] (02)

Fio K N: 7.0 (02)

PREVIDÊNCIA S[illegible] AG. JOÃO PESSOA PROTOCOLO 19 NOV. 2018

Dr. [illegible] Freitas Médico CRM PB 9603 CNS [illegible]

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO / /

41 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /

47 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE: Bivaldo Alves da Silva
IDADE: 34 RE: 1055900 ENFERMARIA: LEITO:
CIRURGIA:
CIRURGIÃO: Dr. [illegible] 2º AUX.:
ANESTESIA:
ANESTESISTA: Dr. Marcus Vinicius
INSTRUMENTADOR:
DATA: 4-8-18 TEMPO CIRURGICO: ANESTESIA INICIO: 11:00 FIM: 12:00 CIRURGIA INICIO: 10:50 FIM:
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA (ASA) (AMERICAN SOCIETY OF ANESTESIOLOGISTS)
( ) ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.
ALFENTANILA	
BUPIVACAINA ISOBARICA	
BUPIVACAINA PESADA	
CETAMINA	
DROPERIDOL	
ETOMIDATO	
FENOBARBITAL	
FENTANILA	
FLUMAZENIL	
ISOFLURANO	
LEVOBUPIVACAINA C/ VASO	
LEVOBUPIVACAINA S/ VASO	
LIDOCAINA C/ VASO	
LIDOCAINA S/ VASO	
MIDAZOLAN	
MORFINA	
NIMBIUM	
PANCURONIO	
PETIDINA	
PROPOFOL	
RAMIFENTANILA	
ROCURONIO	
SEVOFLURANO	
SUXAMETONIO	
TIOPENTAL	

MEDICAÇÕES	QTD.
ADRENALINA	
ÁGUA DESTILADA	
ATROPINA	
BENTRA	
CEFAZOLINA	
DEXAMETASONA	
DIPIRONA SODICA	
EFEDRINA	
FUROSEMIDA	
GLICOSE 50%	
GLUCONATO DE CALCIO	
HIDROCORTISONA	
LIDOCAINA GELEIA	
ONDASENTRONA	
PLASIL	
PROSTIGMINE	
PROTAMINA	
TENONICAN	

SOLUÇÕES	QTD.
ALCOOL ETILICO 70%	
PVPI DEGERMANTE	
PVPI TINTURA	
PVPI TOPICO	
SABÃO ANTISEPTICO	

MATERIAIS	QTD.
AGULHA 13X4,5	
AGULHA 25X07	01 cada
AGULHA 25X08	
AGULHA 40X12	
AGULHA PERIDURAL Nº16	
AGULHA PERIDURAL Nº17	
AGULHA PERIDURAL Nº18	
AGULHA RAQUI Nº25G	
AGULHA RAQUI Nº26G	
AGULHA RAQUI Nº27G	
ALGODÃO ORTOPEDICO	
ATADURA DE CREPOM	
ATADURA GESSADA	
BOLSA P/ COLOSTOMIA	
CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº	
CATETER DE OXIGÊNIO	
CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº	
CATETER EPIDURAL Nº16	
CATETER EPIDURAL Nº17	
CATETER EPIDURAL Nº18	
CERA PARA OSSO	
COLET. URINA FECHADO	
COMPRESSAS CIRURGICAS	
COMPRESSAS CIRURGICAS	
DRENO DE PENROSE	
DRENO DE SUCÇÃO	
ELETRODOS	
EQUIPO MACROGOTAS	
EQUIPO TRANSF. SANGUE	
EQUIPO MICROGOTAS	
ESPONJA DE PVPI	
ESPARADRAPO	
GAZES	
GAZES ALGODOADAS	
GEL ELETROLITICO	
JELCO Nº14	
JELCO Nº16	

MATERIAIS CONT.	QTD.
JELCO Nº18	
JELCO Nº20	
JELCO Nº22	
JELCO Nº24	
KIT SIST. DREN. TORAXICA Nº	
LÂMINA BISTURI Nº11	
LÂMINA BISTURI Nº15	
LÂMINA BISTURI Nº23	02
LÂMINA BISTURI Nº24	01
LÂMINA DE DERMATOMO	
LÂMINA DE ENXERTO	
LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	50
LUVA ESTERIL Nº7,0	
LUVA ESTERIL Nº7,5	06 cada
LUVA ESTERIL Nº8,0	
LUVA ESTERIL Nº8,5	
MASCARA CIRURGICA	
MULTIVIAS	01
PERFURADOR DE SORO	01
SCALP Nº19	
SCALP Nº21	
SERINGA 3ML	
SERINGA 5ML	04 cada
SERINGA 10ML	
SERINGA 20ML	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
SONDA NASOG. CURTA	
SONDA NASOG. LONGA	
SONDA URETRAL Nº	
TORNEIRINHA	01
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
TUBO SILICONE (LATEX)	05

FIOS	QTD.
FIO ALGODÃO S/ A Nº	
FIO ALGODÃO S/ A Nº	
FIO ALGODÃO C/ A Nº	
FIO ALGODÃO C/ A Nº	

FIOS	QTD.
FIO CATGUT CROMADO Nº	
FIO CATGUT CROMADO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE AÇO Nº	
FIO DE NYLON Nº	
FIO DE NYLON Nº 2-0	
FIO DE NYLON Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIGLACTINA Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIPROPILENO Nº	
FIO POLIGLECAPRONE Nº	
FIO SEDA Nº	
FITA CARDIACA	

MATERIAL ESPECIAL	QTD.
CATETER DE PIC	
CIMENTO CIRURGICO	
CLIP TITÂNIO LIGADURA	
FIO DE KIRSCHNER Nº 1,5	02
FIO DE KIRSCHNER Nº	
FIO STEINMAN Nº	
FIO STEINMAN Nº	
GRAMPEADOR CIRURGICO	
HEMOST. ABSORVIVEL	
KIT DERIVA. VENTRICULAR	
PROTESE VASCULAR	
KIT PAM	
FIXADOR EXTERNO	

EMPRESA
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS CORTICAIS
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS ESPONJOSO
PARAFUSOS MALEOLAR
PARAFUSOS MALEOLAR
PLACA
PLACA

EQUIPAMENTOS
( ) ASPIRADOR
( ) BISTURI ELETRICO
( ) CAPNOGRAFO
( ) CARDIOMONITOR
( ) DESFIBRILADOR
( ) FOCO AUXILIAR
( ) FOCO CENTRAL
( ) MICROSCOPIO
( ) MANGUITO DE PRESSÃO
( ) PA INVASIVA E NÃO INVASIVA
( ) PERFURADOR ELETRICO
( ) SERRA

CIRCULANTE: [illegible]

PROTOCOLO JOÃO PESSOA 13 NOV 2018

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

FICHA DE ANESTESIA

DATA: [illegible]

PACIENTE: [illegible] PRONTUÁRIO:

SEXO: [illegible] COR: [illegible] IDADE:

PRESSÃO ARTERIAL PULSO RESPIRAÇÃO TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUÍNEO

ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO AP. CIRCULATÓRIO

AP. DIGESTIVO ESTADO MENTAL DROGAS EM USO

PRÉ-ANESTÉSICO

DOSE /HORA ESTADO FÍSICO

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

CIRURGIA REALIZADA [illegible]

CIRURGIÃO AUXILIARES

INÍCIO DA ANESTESIA TÉRMINO DA ANESTESIA DURAÇÃO DA ANESTESIA

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES R$

ANESTESISTA CPF CRM-PB

AGENTES/HORA

O_2

N_2O

LÍQUIDOS VENOSOS

PULSO ○ — PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA V DIASTÓLICA Λ — 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

ANOTAÇÕES

☐ ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ PLEXO ☐ BLOQ NERVOS ☐ OUTROS

TÉCNICA

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	[illegible]	11
2	[illegible]	12
3	[illegible]	13
4	[illegible]	14
5		15
6		16
7		17
8		18
9		19
10		20

DESTINO DO PACIENTE

☐ APTH ☐ ENFERMARIA

☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA

☐ OUTROS

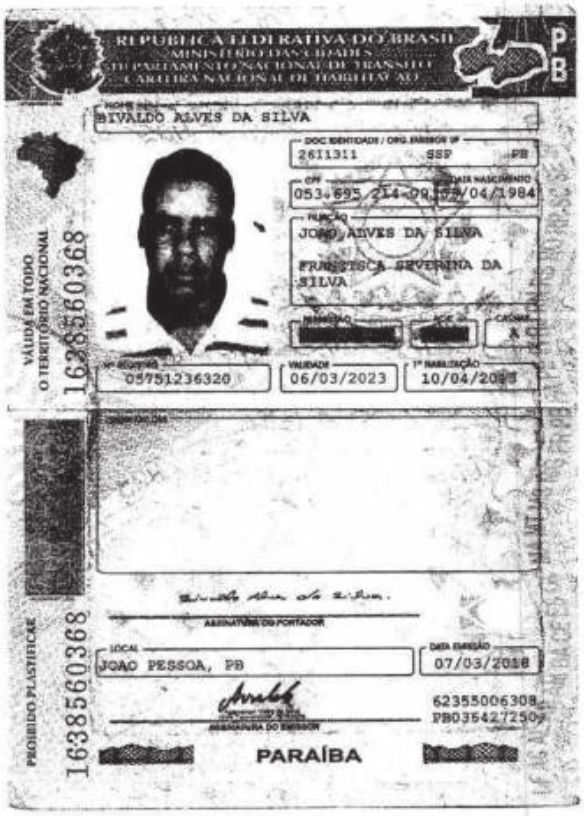
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

ASSINATURA DO ANESTESISTA

PROTOCOLO 13 NOV. 2018 JOÃO PESSOA

F. NO.-SCIR 228-1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PB

NOME
BIVALDO ALVES DA SILVA

DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2611311 SSP PB

CPF
053.895.214-09

DATA NASCIMENTO
[illegible]/04/1984

FILIAÇÃO
JOÃO ALVES DA SILVA
FRANCISCA SEVERINA DA SILVA

[redacted]

CATEGORIA
A

Nº REGISTRO
05751236320

VALIDADE
06/03/2023

1ª HABILITAÇÃO
10/04/20[illegible]

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
07/03/2018

62355006308
PB035427250

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1638560368

PROIBIDO PLASTICIZAR

1638560368

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2627718 SSP PB

CPF
046.502.754-74

DATA NASCIMENTO
21/08/1982

FILIAÇÃO
ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSÃO

ACC

CATEGORIA
B

Nº REGISTRO
01651269660

VALIDADE
16/01/2019

1ª HABILITAÇÃO
29/06/2001

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
17/01/2014

ASSINATURA DO EMISSOR

66588356744
98027919595

DETRAN PB (PARAÍBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
89405623 1

PRIMEIRO PLASTIFICAR
89405623 1

Num. 40318775 - Pág. 39

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810180977700000038405719
Número do documento: 21030810180977700000038405719

DUARTE E SILVA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

Rua Agente Fiscal José Costa Duarte, 157, Mangabeira, João Pessoa-Paraíba.
(83) 98663-4900/ (83) 98660-2858

PROCURAÇÃO

BIVALDO ALVES DA SILVA, brasileira, casado, atendente, inscrito no RG de n.º 2611311 SSP/PB e CPF de n.º 05369521409, residente e domiciliado a Rua Dr Euclides Neiva Oliveira, n.º 82, apto 101, Renascença, Mangabeira IV, João Pessoa/PB

OUTORGADO(S): JOSÉ EDUARDO DA SILVA, OAB/PB 12578, ALEXANDRA CESAR DUARTE DA SILVA, OAB/PB 14438, MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA, OAB/PB 17295, com escritório profissional sito a Rua Agente Fiscal José Costa Duarte, n.º 157, Sala Mangabeira II, João Pessoa/PB, CEP: 58056-384, e-mail: duarteesilvaadvogados@outlook.com

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/beneficiário Bivaldo Alves da Silva, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 08 de novembro de 2018.

CARTÓRIO VIEIRA BATISTA

Bivaldo Alves da Silva

OUTORGANTE

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:........
BIVALDO ALVES DA SILVA
Em test.da verdade. Joao Pessoa-PB 09/11/2018 10:59:45
Maricleide Alexandre da Silva Morais - ESCREVENTE AUTO
SELO DIGITAL: AHS94253-CKIO
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

PROTOCOLO 19 NOV. 2018 JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419086/18

Vítima: BIVALDO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 04/08/2018

CPF: 053.695.214-09 **CPF de:** Próprio **Titular do CPF:** BIVALDO ALVES DA SILVA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

BIVALDO ALVES DA SILVA : 053.695.214-09

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da entrega: 19/11/2018 Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE CPF: 046.502.754-74	Data do cadastramento: 19/11/2018 Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA CPF: 105.999.304-03
ALEXANDRA CESAR DUARTE	NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08013977720208152003

LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **BIVALDO ALVES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Constata-se, pelos documentos acostados à exordial, que o veículo causador dos danos era de propriedade da própria vítima reclamante da indenização. Assim, o acidente narrado não possui cobertura pelo Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, vez que o autor proprietário do veículo encontrava-se inadimplente com o pagamento do prêmio do seguro obrigatório na ocasião do sinistro. Em razão disto, a parte autora teve o seu requerimento administrativo cancelado!

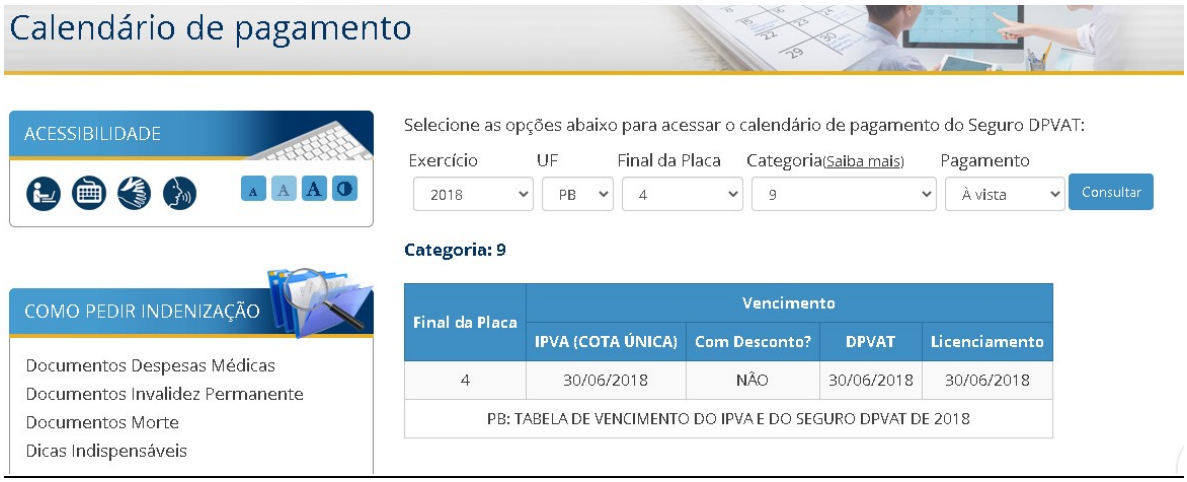
DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT. Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Informa a Seguradora Ré Exa., que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão de mora do pagamento do Seguro DPVAT. Veja, o vencimento para o pagamento do bilhete do Seguro Obrigatório se deu dia 30/06/2018, entretanto, a parte Autora somente procedeu com o pagamento no dia 29/11/2018, ou seja, inadimplente à data do alegado sinistro ocorrido no dia 04/08/2018, vejamos:

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810181033900000038405720
Número do documento: 21030810181033900000038405720



Calendário de pagamento

ACESSIBILIDADE

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

Selecione as opções abaixo para acessar o calendário de pagamento do Seguro DPVAT:

Exercício	UF	Final da Placa	Categoria(Saiba mais)	Pagamento	
2018	PB	4	9	À vista	Consultar

Categoria: 9

Final da Placa	Vencimento			
	IPVA (COTA ÚNICA)	Com Desconto?	DPVAT	Licenciamento
4	30/06/2018	NÃO	30/06/2018	30/06/2018
PB: TABELA DE VENCIMENTO DO IPVA E DO SEGURO DPVAT DE 2018				

Seguro DPVAT

Consulta a Pagamentos Efetuados

ACESSIBILIDADE

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

Sua busca por placa: QFM8904 UF: PB CATEGORIA: 09*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
+	2020	R$12,30	Quitado	
+	2019	R$84,58	Quitado	
−	2018	R$185,50	Quitado	
	Data Pagamento	Valor Pago		
	29/11/2018	R$185,50		
+	2017	R$140,17	Quitado	

(*) Motocicleta

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	**SÚMULA 257, STJ**
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74[x], garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vitimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Trazemos a colação o entendimento da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná no julgamento da apelação cível Nº 1.658.910-1, no qual a Câmara entendeu concordou com o i. Relator o qual ressaltou a importância dos princípios de celeridade e economia processual, no sentido de que não faz sentido a Lei prever o direito de regresso à Seguradora quando a ocorrência de proprietário inadimplente e condena-la a realizar o pagamento do seguro, vejamos trecho do julgado:

> "Tal entendimento também já tinha sido exposto, mesmo que indiretamente, na Lei 8.441/92, que alterou a Lei 6.194/74, passando a prever o direito de regresso da seguradora em face do proprietário inadimplente em seu art. 7º, §1º, [...]"
>
> Ora, se a seguradora possui direito de regresso dos valores despendidos com a vítima em face do proprietário inadimplente, por
> decorrência lógica, quando o proprietário inadimplente também figurar como vítima, não há o que se falar em indenização, caso contrário este seria credor e devedor da mesma obrigação, configurando o instituto da confusão, devendo a obrigação ser extinta, nos termos do art. 381, CC.
>
> Também não há como defender a tese de que a indenização é devida pois caput do artigo obriga o pagamento, enquanto seu parágrafo primeiro faculta o direito de regresso, haja vista os princípios de celeridade e economia processual, que visam a obtenção do máximo rendimento da lei com o mínimo de atos processuais, não sendo razoável condenar alguém em face de outra pessoa, a qual detenha o direito de regresso.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810181033900000038405720
Número do documento: 21030810181033900000038405720

[...]

Diante do exposto, dou provimento ao apelo, para reformar a sentença e julgar improcedente a lide, condenando o autor ao pagamento das custas processuais e honorários advocatícios, fixados em 15% sobre o valor da causa.

ACORDAM os Desembargadores da 8ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado do Paraná, por unanimidade de votos, em dar provimento ao apelo, nos termos do voto do relator.

Nesta esteira trazemos os seguintes arrestos:

APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA – SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) –SENTENÇA DE PROCEDÊNCIA – NECESSIDADE DE COMPROVAÇÃO DO PAGAMENTO DO PRÊMIO – VÍTIMA QUE É A PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO SINISTRO – INADIMPLÊNCIA VERIFICADA – INDENIZAÇÃO INDEVIDA – INTERPRETAÇÃO DA SÚMULA 257 DO STJ EM CONFORMIDADE COM AS DEMAIS DISPOSIÇÕES VIGENTES ACERCA DA MATÉRIA – EXTINÇÃO DA OBRIGAÇÃO – IMPROCEDÊNCIA DOS PEDIDOS INICIAIS – INVERSÃO DO ÔNUS SUCUMBENCIAL. RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.
(TJPR - 8ª C.Cível - 0018643-27.2016.8.16.0130 - Paranavaí - Rel.: Juiz Alexandre Barbosa Fabiani - J. 06.09.2018)

Apelação cível. Ação de cobrança. Seguro obrigatório DPVAT. Dever de
indenizar. Vítima proprietária do veículo. Inadimplência do prêmio do seguro obrigatório à época do sinistro. Indenização indevida. Inaplicabilidade da Súmula 257 do STJ. Instituto da confusão configurado. Inteligência do art. 381 do Código Civil. Extinção da obrigação. Ônus de sucumbência. Readequação. Recurso provido.
1. Art. 17. §2º Resolução SUSEP 332/2015: "Se o proprietário do veículo causador do sinistro não estiver com o prêmio do Seguro DPVAT pago no próprio exercício civil, e a ocorrência do sinistro for posterior ao vencimento do Seguro DPVAT, não terá direito à indenização."
2. Art. 381 do Código Civil: "Extingue-se a obrigação, desde que na mesma pessoa se confundam as qualidades de credor e devedor.
3. Com o provimento do recurso de apelação em relação ao mérito, deve ser readequado o ônus de sucumbência.
(TJPR - 8ª C.Cível - 0004500-96.2017.8.16.0130 - Paranavaí - Rel.: Desembargador Hélio Henrique Lopes Fernandes Lima - J. 08.11.2018)

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA
DA AUSÊNCIA DE BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial diante da ausência do boletim de atendimento médico.

Ressalta-se a importância da juntada dos documentos médicos já que é através deles que se confirmará a existência das lesões sofridas pela vítima, de modo que sua ausência impossibilita a apuração do nexo de causalidade.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a veracidade dos fatos narrados na exordial, bem como autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital onde foi prestado o primeiro atendimento, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DA AUSÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE NAS LESÕES NA "COXA DIREITA E FIBULAL COMUM"

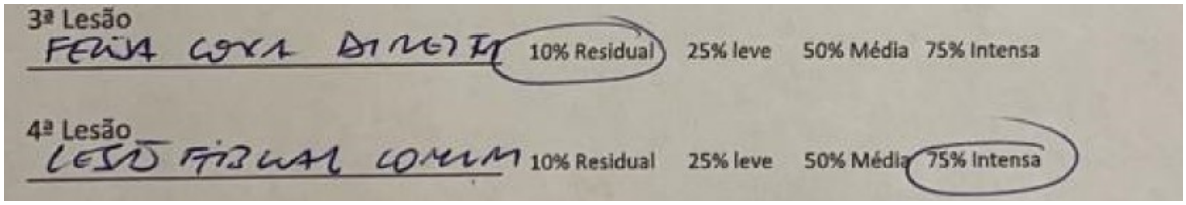
A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, no que pese o laudo pericial atestar a existência de invalidez permanente, quantificando-a, o mesmo não se presta a comprovar cabalmente nexo de causalidade entre as lesões e um acidente automotor. Perceba que toda documentação carreada aos autos, em especial os documentos médicos, apontam no sentido da ausência de correspondência entre o dano suportado NA "COXA DIREITA E FIBULAL COMUM" e um sinistro de trânsito.


3ª Lesão
FERIDA COXA DIREITA 10% Residual 25% leve 50% Média 75% Intensa

4ª Lesão
LESÃO FIBULAL COMUM 10% Residual 25% leve 50% Média 75% Intensa

VEJA EXA., NÃO HÁ NOS AUTOS, NENHUM DOCUMENTO MÉDICO QUE INFORME AS LESÕES NA "COXA DIREITA E FIBULAL COMUM!!!

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC. Caso não seja o entendimentos de V.Exa., requer a intimação do i. expert para que o mesmo se manifeste acerca do todo exposto acima.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 4 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:18:10
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810181033900000038405720
Número do documento: 21030810181033900000038405720