



Número: **0821987-67.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **07/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
K. F. D. S. (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37189 553	27/11/2020 12:16	<u>Petição</u>	Petição
37189 555	27/11/2020 12:16	<u>2761033_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
37189 557	27/11/2020 12:16	<u>2761033_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112712164067100000035489039>
Número do documento: 20112712164067100000035489039

Num. 37189553 - 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, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200063411 Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 06/07/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDJANE FERREIRA DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15490851



020147

pag. 00293/00294 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pie.tjpj.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011271216412060000035489041>
Número do documento: 2011271216412060000035489041

Nº 37189555 - 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, 10 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200063411 Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 06/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDJANE FERREIRA DE SOUZA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com a data do acidente, o nome completo da vítima, os dados do veículo em que a vítima estava e o nome do proprietário, pois o entregue não possui todas as informações.
----------------------------------	--

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. 01683/01684 - carta_03 - INVALIDEZ



00040842

Carta nº 15491301



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112712164120600000035489041>
Número do documento: 20112712164120600000035489041

Num. 37189555 - 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, 28 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200063411 Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

Data do Acidente: 06/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). EDJANE FERREIRA DE SOUZA

Informamos que o pagamento da insc.

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

R\$ 1.687,50

Recebedor: EDJANE FERREIRA DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000411339-5

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

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0051665120** 3 - CPF da vítima: **049.655.744-79** 4 - Nome completo da vítima: **Kelwenn Ferreira de Souza**

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

5 - Nome completo:	Kelwenn Ferreira de Souza			6 - CPF:	098.231.034-02			
7 - Profissão:	Recreio	8 - Endereço:	Sítio Samambaia		9 - Número:	512	10 - Complemento:	
11 - Bairro:	Centro	12 - Cidade:	Campina Grande		13 - Estado:	PB	14 - CEP:	58431-099
15 - E-mail:								16 - Tel.(DDD): 183198805-6654

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:	Edjane Ferreira de Souza		
18 - CPF do Representante Legal:	049.655.744-79	19 - Profissão do Representante Legal:	Agrônomo

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"/> RECLUSO 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)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0091** CONTA: **411339** Dígito: **5**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (ver nascer)? <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 <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não obrigatório)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, **Lagoa Pequena, 06/02/2020**

Edjane Ferreira de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019

TESTEMUNHAS





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0051665120** 3 - CPF da vítima: **049.655.744-79** 4 - Nome completo da vítima: **Kelwenn Ferreira de Souza**

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

5 - Nome completo:	Kelwenn Ferreira de Souza			6 - CPF:	098.231.034-02			
7 - Profissão:	Recreio	8 - Endereço:	Sítio Samambaia		9 - Número:	512	10 - Complemento:	
11 - Bairro:	Centro	12 - Cidade:	Campina Grande		13 - Estado:	PB	14 - CEP:	58431-099
15 - E-mail:								16 - Tel.(DDD): 183198805-6654

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:	Edjane Ferreira de Souza		
18 - CPF do Representante Legal:	049.655.744-79	19 - Profissão do Representante Legal:	Agrônomo

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"/> RECLUSO 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)

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0091** CONTA: **411339** (5)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (ver nascer)? <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 <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não obrigatório)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, **Lagoa Pequena, 06/02/2020**

Edjane Ferreira de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019

TESTEMUNHAS





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00081.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00081.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:03 horas do dia 03 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Luiz de Cerqueira Cotrim Neto, matrícula 1564871, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Edjane Ferreira de Souza**, conhecido(a) por Jane, CPF nº 044.655.744-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Edileuza Ferreira de Souza e Edvaldo Alves de Souza, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 18/04/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Samambaia, Nº S/N, complemento CASA, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, Próximo da Igreja Evangélica Samambaia, Campina Grande/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/07/19 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 150, marca HONDA, tipo de veículo TITAN KS, cor VERMELHA, ano 2006/2006, UF: PB, placa MNK-5037, chassi 9C2KC08106R938639, renavam 88848294-9, características gerais: Nº. C.r.I.v.: 9786585629; nº. 20122000004180-6; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior:nova; placa Atual: Esperança/pb; alienação Fiduciária: Restituição de Benefício Tributário; em Nome de Raimundo Pedro Vicente.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO O SEU FILHO DE NOME KELWENN FERREIRA DE SOUSA, NASCIDO EM 23/03/2005, MENOR COM 14 ANOS DE IDADE, ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA NO LOCAL TAMBÉM JÁ CITADO ANTERIORMENTE, FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO DE CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO NEM O CONDUTOR E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO SEU FILHO QUE FICOU NO LOCAL DO ACIDENTE MACHUCADO SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS E DEPOIS PÁRA OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NECESSÁRIOS E PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL.

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, expoço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

Alexandre José Nunes de Souto Lima
Agente de Investigação - Matrícula 157.356-0

Procedimento Policial: 00081.01.2020.1.05.101

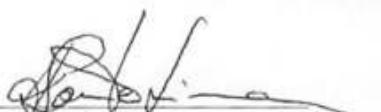
1/2

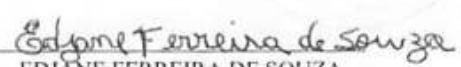


DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
5^a Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



Lucena/PB, 03 de fevereiro de 2020.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação
GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA
PÚBLICA E DEFESA SOCIAL


EDJANE FERREIRA DE SOUZA
Noticiante



Procedimento Policial: 00081.01.2020.1.05.101

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112712164120600000035489041>
Número do documento: 20112712164120600000035489041

Num. 37189555 - Pág. 7



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00081.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00081.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:03 horas do dia 03 de fevereiro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Luiz de Cerqueira Cotrim Neto, matrícula 1564871, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Edjane Ferreira de Souza**, conhecido(a) por Jane, CPF nº 044.655.744-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Edileuza Ferreira de Souza e Edvaldo Alves de Souza, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 18/04/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Samambaia, N° S/N, complemento CASA, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, Próximo da Igreja Evangélica Samambaia, Campina Grande/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/07/19 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129 Caput do CPB (Lesão corporal dolosa), Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 150, marca HONDA, tipo de veículo TITAN KS, cor VERMELHA, ano 2006/2006, UF: PB, placa MNK-5037, chassi 9C2KC08106R938639, renavam 88848294-9, características gerais: N°. C.r.l.v.: 9786585629; nº. 20122000004180-6; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior:nova; placa Atual: Esperança/pb; alienação Fiduciária: Restituição de Benefício Tributário; em Nome de Raimundo Pedro Vicente.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO O SEU FILHO DE NOME KELWENN FERREIRA DE SOUSA, NASCIDO EM 23/03/2005, MENOR COM 14 ANOS DE IDADE, ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO JÁ DESCrito ANTERIORMENTE ACIMA NO LOCAL TAMBÉM JÁ CITADO ANTERIORMENTE, FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO DE CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO NEM O CONDUTOR E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AO SEU FILHO QUE FICOU NO LOCAL DO ACIDENTE MACHUCADO SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PROCEDIMENTOS EMERGENCIAIS E DEPOIS PÁRA OS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS NECESSÁRIOS E PERTINENTES AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL.

ADENDO(S):

Que na data 12/02/2020, à(s) 07:07 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Cláudio Manoel Fernandes Marques, matrícula 1685074, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: **A DATA CORRETA DO ACIDENTE É: SEIS DE JULHO DE DOIS MIL E DEZENOVE (06/07/2019)**. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

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.

Procedimento Policial: 00081.01.2020.1.05.101

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Scanned with CamScanner



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0051665120** 3 - CPF da vítima: **049.655.744-79** 4 - Nome completo da vítima: **Kelwenn Ferreira de Souza**

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

5 - Nome completo:	Kelwenn Ferreira de Souza		6 - CPF:	098.231.034-02	
7 - Profissão:	Recreio	8 - Endereço:	Sítio Samambaia	9 - Número:	512
11 - Bairro:	Centro	12 - Cidade:	Campina Grande	13 - Estado:	PB
14 - CEP:	58431-099		15 - E-mail:	183193805.6654	

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:	Edjane Ferreira de Souza			
18 - CPF do Representante Legal:	049.655.744-79	19 - Profissão do Representante Legal:	Agrônomo	

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"/> RECLUSO 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)

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0091** CONTA: **411339** (5)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (ver nascer)? <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 <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não
--	--	--	--	--	---

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (não obrigatório)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data, **Lagoa Pequena, 06/02/2020**

Edjane Ferreira de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

002/2019

TESTEMUNHAS



Prezado Analista,

Favor desconsiderar a opção marcada CERTIDÃO DE NASCIMENTO
pois esse documento não apresentado pelo representante legal
sendo marcado de forma errônea.

Agradeço sua atenção e aguardo comentários,

A receptora.



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: 20/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDJANE FERREIRA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000411339-5

Nr. da Autenticação 6A066E5B6C81808C



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112712164120600000035489041>
Número do documento: 20112712164120600000035489041

Num. 37189555 - Pág. 11

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento tem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Recomenda-se sempre pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica - N° 005-095-785.



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - RR 230 - KM 158 - Três Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-720
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc Est. 16.033.839-1

DADOS DO CLIENTE

EDJANE FERREIRA DE SOUZA
SIT SAMAMBAIA S/N
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/213947-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
NOV/2019	12/11/2019	77	20/11/2019	R\$ 35,48

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 00723.811170 8 80790000003548				
Pagador: EDJANE FERREIRA DE SOUZA CNPJ/CPF: 044.655.744-79				
SIT SAMAMBAIA S/N - AREA RURAL - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 3149036000723811	Nr Documento 000213947201911	Data Vencimento 20/11/2019	Valor do Documento R\$ 35,48	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112712164120600000035489041>
Número do documento: 20112712164120600000035489041

Num. 37189555 - Pág. 12

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento tem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Reverta para novos pagamentos da nota fiscal contra da energia elétrica - N° 005-095-785.



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - RR 230 - KM 158 - Três Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-720
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc Est. 16.033.839-1

DADOS DO CLIENTE

EDJANE FERREIRA DE SOUZA
SIT SAMAMBAIA S/N
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/213947-5

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
NOV/2019	12/11/2019	77	20/11/2019	R\$ 35,48

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03149.036000 00723.811170 8 80790000003548				
Pagador: EDJANE FERREIRA DE SOUZA CNPJ/CPF: 044.655.744-79				
SIT SAMAMBAIA S/N - AREA RURAL - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 3149036000723811	Nr Documento 000213947201911	Data Vencimento 20/11/2019	Valor do Documento R\$ 35,48	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112712164120600000035489041>
Número do documento: 20112712164120600000035489041

Num. 37189555 - Pág. 13

06/07/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº:1937370 CLASS. DE RISCO: AMARELO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 06/07/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: KELWENN FERREIRA DE SOUSA CEP:58115000 Nascimento:23/03/2005

SOUSA

Endereço:SITIO SAMAMBAIA

Cidade: Puxinâa

Nome da Mãe: EDJANE FERREIRA DE SOUZA

Responsável:

Estado Civil:Solteiro(a)

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Creptação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortiça
15. F. Corte
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Irrugitamento Venoso
23. Lacerção
24. Lesão tendinária
25. Luxação
26. Mordeduras
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encravado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parésia
32. Parestesia
33. Quemadura
34. Rincorrágia
35. Síndrome de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = ____% Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DGNOSTICO / CID:

Fx Batida ()

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Trauma joelho () tipo avançado de mazela
na tibia e fémur. Bm + Depressão
pele ()

ALERGIA: b

MEDICAMENTOS: b

PATOLOGIAS: b

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotoreagentes () Isocônicas () Anisocônicas ()

Glasgow _____ PA _____ HGT: _____ Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

- () Laboratoriais () Ultrassonografia;
() Gasometria arterial () Radiografias;
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: _____ / _____ às: _____ Dia: _____ / _____ / _____

Especialista: _____ / _____ às: _____ Dia: _____ / _____ / _____

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Yvry de Paiva, Câmara
DPE/DE/EMERGÊNCIA
CRM/PB 10907



06/07/2019

HTCG-Painel Administrativo


**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairinque, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 06/07/2019

Paciente: KELWENN FERREIRA DE SOUSA Idade: 014 N° ATEND: 1937370

ACIDENTE DE TRABALHO: NAO

DATA: 06/07/2019 HORA: 13:07:02

ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA

MOTIVO: ACIDENTE DE MOTO

ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO: MOTO X MOTO

SINAIS VITais

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO

DEF. MOTORIA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS: NEGA

MEDICAÇÃO EM USO:

ESTADO GERAL: BOM

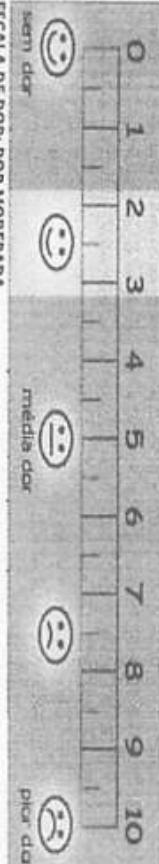
AVALIAÇÃO

- () CONVULSÃO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
 () DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
 () IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

- () FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
 () PRURITO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
 () EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍRILLOS () TOSSE

Escala de intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR MODERADA
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
 AMARELO

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	
						ENFERMEIRO/COREN	DO ENFERMEIRO/COREN

Allana Gusmão Uchôa
 COREN-PB
 37189555-133-ENF

ENFERMEIRO/COREN
 acolhimento



06/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

DESTINO DO PACIENTE ____ / ____ / ____ às ____ : ____ hs.

- Centro cirúrgico _____ Alta hospitalar / A revelia
 Internação (setor) _____ Decisão Médica
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ Óbito

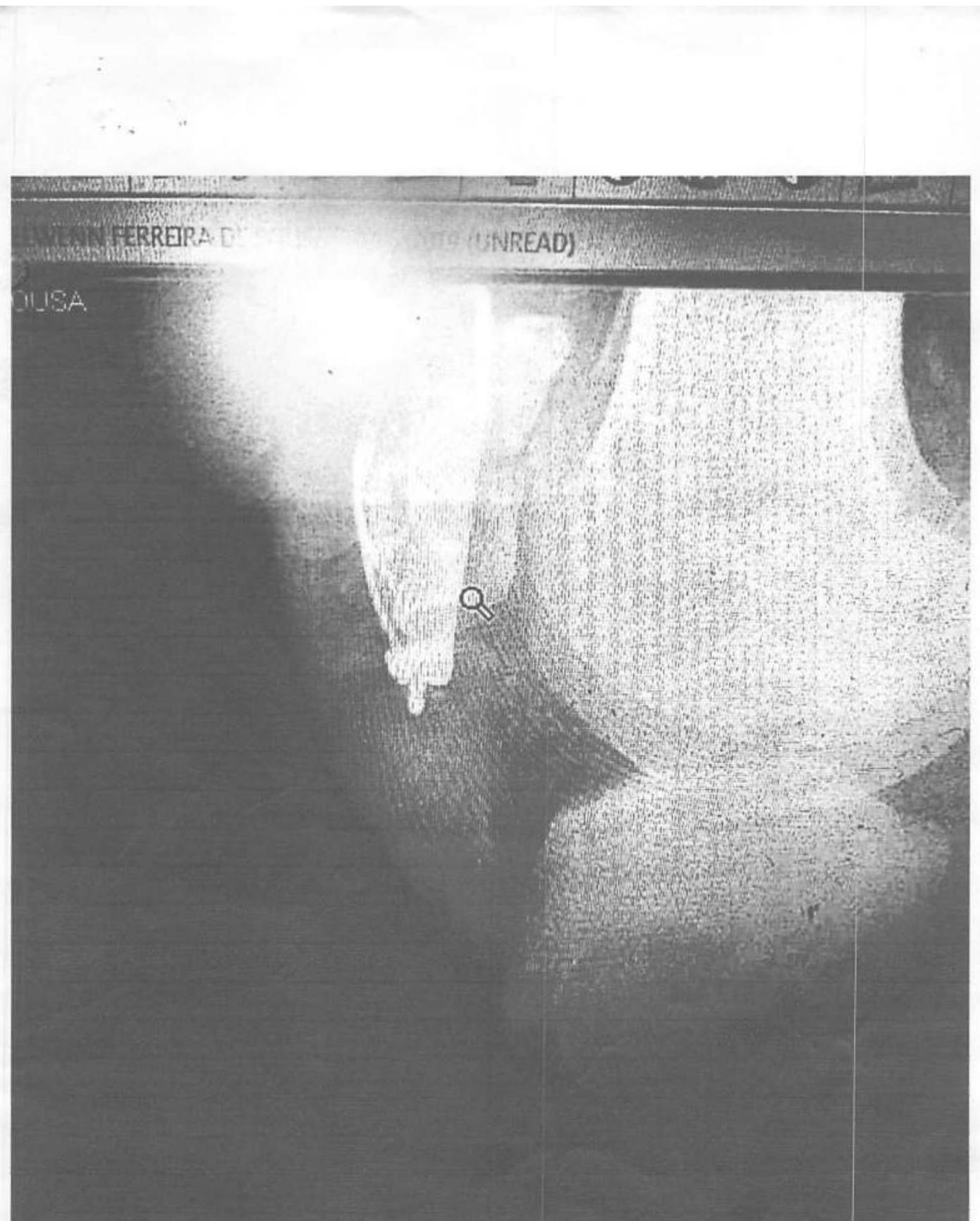
Edilene Ferreira de souza
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVÍCIOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

jetohtcg/impreclassi.php?contas=1037370&dataatend=2019-07-06&horatend=13:07:02

2/3



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112712164120600000035489041>
Número do documento: 20112712164120600000035489041

Num. 37189555 - Pág. 17

ESOUZA, 30/06/2019 (Não lido) - Abrir para leitura

Arquivos Gráficos Sessões Ferramentas Ajuda



ESOUZA, 30/06/2019



Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112712164120600000035489041>
Número do documento: 20112712164120600000035489041

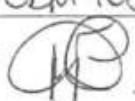
Num. 37189555 - Pág. 18

**TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA**
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat 02 < 90 com oxigênio = 0 Sat 02 > 90 com oxigênio = 1 Sat 02 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Izabelle Muiiz CEM9061

Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Kelvin Ferreira de Sousa Idade: 34 anos
Convênio: SUS Data: 10-09-19
Procedimento: Tratamento cirúrgico e/fixação de fratura
de patela MID
Cirurgião: Drº Yury Auxiliar: Drº Euler Anestesista: Drº Almir
Início: 10:00 Término: 12:20 Anestesia: Raque

Observações:	
	CRM 9001
Assinatura Anestesista	Circulante

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operação

MDD-103



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>KELVINÉMIA FERREIRA DE SOUZA</i>		IDADE <i>11</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>-</i>		
DATA <i>10/10/2019</i>		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAIS	HEMOGLÓBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
		URINA						
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATORIO						ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <i>PM Parte I.</i>						ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO		
100 								
INDUÇÃO Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo espam.: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____								
MANUTENÇÃO								
ANESTESIA SATISF. Sim _____ Não _____ Não, por quê? _____								
DESPERTAR Reflexos na SO: _____ Obstr.: _____ Co ₂ : _____ Excit.: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____								
Com cânula: _____ Paro o Leito: Sim _____ Não _____								
CONDIÇÕES: _____								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES <i>PO</i>								
POSIÇÃO								
AGENTES <i>ketamina 0,6 mg/kg dimorfan 0,2</i> TÉCNICA <i>HALOFTI gálico + etomidato</i>								
OPERAÇÃO <i>med. clínica c/ cirurgião</i> CIRURGIÕES <i>Walter Souza + Yuki + Euler</i>								
ANESTESESTAS <i>Alphin</i>								
OBSERVAÇÕES						PERDA SANGUÍNEA		
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						FOLHA DE ANESTESIA - SRPB		

10/07/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Flortano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
CNPJ: 08.778.268/0038-52
Data: 10/07/2019
NOME : Euler Fabricio Alves Cruz



Número do Prontuário: 148559

DATA DA CIRURGIA: 10/07/2019

Número do Atendimento: 1937394 Clin: PEDIATRIA / Enf: 8 / Lei: 3

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

Data da Internação: 06/07/2019

Atendimento: 1937394

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de joelho direito

Diagnóstico Pós-Operatório: O mês

Cirurgia: RAFI

Data da Cirurgia: 10/07/2019

Equipe:

Cirurgião: WAERSON JOSE DE SOUZA

Aux 1: YWRY DE PAIVA CAMARA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador: RAMON

Anestesista: ALMIR COLACO CATAO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
3. INCISÃO LONGITUDINAL EM FACE ANTERIOR DE JOELHO DIREITO + DISSECÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA;
4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;
5. FIXAÇÃO COM BANDA DE TENSÃO COM FIOS DE KIRSCHNER E CERCLAGEM SOB AUXÍLIO DE ESCOPIA;
6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA POR PLANOS + CURATIVO.

Data 10/07/2019

Assinatura/Carimbo
Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
IR ORTOPEDICO-MAMMOTOGA
CRN-PB 9907



DETERMINAR CONCENTRAÇÃO DE SÍNTESE MÍDIA	
MEDICAMENTO ASSISTENTE (EVITAR HIGIENE MÍDIA)	PERÍODICO
SORO FÍSIOLOGICO 0,9% 50ML EV. HIGIENE MÍDIA	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2ML EV. HIGIENE MÍDIA
DETERMINAR CONCENTRAÇÃO DE SÍNTESE MÍDIA	TENOXICAM 20 MG SÍNTESE DILUENTE 6 ML HIGIENE MÍDIA
DETERMINAR CONCENTRAÇÃO DE SÍNTESE MÍDIA	RECAPSULADO 2ML ARB.
DETERMINAR CONCENTRAÇÃO DE SÍNTESE MÍDIA	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 1ML EV. HIGIENE MÍDIA
DETERMINAR CONCENTRAÇÃO DE SÍNTESE MÍDIA	+100ML SE LENTO 8.8H
DETERMINAR CONCENTRAÇÃO DE SÍNTESE MÍDIA	TRANTEDOL CLORIDRATO 100 MG/ML 3ML EV. HIGIENE MÍDIA
DETERMINAR CONCENTRAÇÃO DE SÍNTESE MÍDIA	22H
DETERMINAR CONCENTRAÇÃO DE SÍNTESE MÍDIA	EVOLUGÁO
DATA:09/07/2019 HORA:07:17:11	BEC, ESTÁVEL, SEM DISTERIAS
	DILATORES + EVACUACOES PRESENTES
	CD:VPM AGUARDA CIRURGIA
	ASSISTENTE - MÍDIA MÍDIA
	EVE (EVITAR) DISPARA MÍDIA
	C24-16-06-0001
	EVITAR DISPARA MÍDIA
	C24-16-06-0001
	EVE (EVITAR) DISPARA MÍDIA
	C24-16-06-0001

DADOS DO PACIENTE:
Nome da Mae: EDIANE PEREIRRA DE SOUZA
Data de Nascimento: 20/01/2005
Endereço: Rua 07/209
Nº do protocolo: 1937394
Padrão: MELAVENI PEREIRRA DE SOUZA
Endereço: Sexo: M

PRESCHOOL AND MEDIATION

ESTATE PLANNING & MANAGEMENT

EDITION ENGLISH REVISED EDITION 2000/2001

100% of the time, the system will be able to correctly identify the target object.

107/2016-09-14

SS-100004788 DE 2

Digitized by srujanika@gmail.com

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41

<http://pie.tipb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112712164120600000035489041>

Número do documento: 20112712164120600000035489041



www.sagepub.com/journals

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41

<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112712164120600000035489041>

Número do documento: 20112712164120600000035489041

Núm. 37189555 - Pág. 24

LIBERACÃO DE LEITO

Name do Paciente: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

Data da Internação: 06/07/2019 Data da Alta: 11/07/2019

Registro: 1937394

Tempo de Permanência:-18084

Tempo de Exame:

Diagnóstico Final:

3. irureia: OSTEOSINTSE

Data: 10/07/2019

Engines

Cirurgião: WAERSON JOSE DE SOUZA

Aus 1:

Ann 2:

Ann 3:

Aux 4:

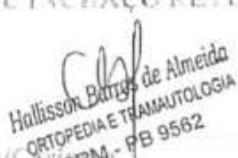
Anestesista:

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: LAVAR COM ÁGUA E SABÃO DUAS VEZES AO DIA. SE APRESENTAR FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO OU INCHAÇO RETORNAR IMEDIATAMENTE AO CONSULTório.

Gestão da Alta Melhorada

Date 11/07/2010

OBS:LIBERAÇÃO CONFERIDA NO RESUMO DE ALTA! - RESPONSÁVEL : Hallisson



Assinatura/Cartão ORTOPÉDICO CRM-PR





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Registro:	Leito:	Setor Atual:					
Idade:	Sexo:	Cor:	Estado Civil:	Naturalidade:	Profissão:			
Procedência:	() Vermelha	() Amarela	() Verde	() UTI	() CC	() Ala:	() Residência	() Outro
Data da internação hospitalar:	/	/	Data da internação no setor:	/	/			
Tem um cuidador/Responsável:	()	Quem?						
Telefone:	Têm acesso a uma UBS:	()	Qual:					

2. HISTÓRIA PREGRESSA

Internações prévias:	() Motivos:	Alergias:	() Qual:					
Doenças:	() HAS	() DM	() DPOC	() Cardiopatia	() Obesidade	() Tabagista	() Ex-tabagista	() Neoplasia
() Alcoolismo	() Drogadição	() Outros:	Medicações em uso:					

3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Queixa principal (motivo da internação hospitalar):

4. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

5. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: () Consciente () Orientado () Confuso () Letárgico () Torporoso () Comatoso () Outro
GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocôricas () Anisocôricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midriáticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia. Local:

Linguagem: Alteração: (). Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: () Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T
() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

() Eupnêia () Taquipnêia () Bradipnêia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva | Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: () D () E; () Selo d'água

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: () Visão () Audição () Tato () Olfato () Paladar Observação:





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

83

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data:

IDENTIFICAÇÃO

Nome: <i>Kel Wenn Fernanda de Souza</i>	Registrô:	Leito:	Setor Atual:
---	-----------	--------	--------------

EVALUAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: °C; P: bpm; FR: irpm; PA: mmHg; FC: bpm; SPO2: %	
HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm	Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

EVALUAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: Consciente Orientado Confuso Letárgico Torporoso Comatoso Outro:

GLASGOW(3-15): Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: Isocóricas Anisocóricas D>E E>D Fotorreagentes Mióticas MidriáticasMobilidade Física: Preservada Paresia Plegia Parestesia Local:Linguagem: Qual? Disfonia Afasia Disfasia Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: Espontânea Cateter Nasal Venturi % l/min Traqueostomia Ayre/Tubo T VMNI VMI TOT nº Comissura labial nº FiO₂ % PEEP cmH₂O Eupnéia; Taquipnéia Bradipnéia Dispnéia Outros:Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: Diminuídos D ERuídos adventícios: Roncos Sibilos Estridor Outros:Tosse: Improdutiva Produtiva | Expectorção: Quantidade e aspecto:Aspiração: Quantidade e aspecto: | Dreno de tórax: D E Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO₂ PO₂ HCO₃ EB SpO₂ Data: ___ / ___ / ___ Hora: ___

PERCEPÇÃO DOS ORGÃOS DOS SENTIDOS

Alteração: Visão Audição Tato Olfato Paladar Observação:

SEGURANÇA FÍSICA

 Tranquilo Agitado Agressivo. Risco de queda. Observação:

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

P脉: Regular Irregular Impalpável Filiforme Cíneo.



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DE CAMPINA GRANDE
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Núcleo de Segurança do Paciente
TRAUMA - CG

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA (CHECKLIST)

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

100

PRONTUÁRIO:

卷之三

Kelvin

Reino de Scusa

150 of 150

- CONFIRMAÇÃO SOBRE O PACIENTE

 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 - SÍTIO CIRÚRGICO
 - PROCEDIMENTO A SER REALIZADO
 - CONSENTIMENTO

- CIRURGÃO, ANESTESISTA E ENFERMEIRO CONFIRMAM VERBALMENTE

 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE
 - SITIO CIRÚRGICO
 - PROCEDIMENTO

EVENTOS CRÍTICOS PREVISTOS

- REVISÃO DO CIRURGIÃO:** HÁ PASSOS CRÍTICOS NA CIRURGIA? QUAL A DURAÇÃO? HÁ POSSIVEIS PERDAS SANGUÍNEAS?
 - REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:** HÁ ALGUMA PREOCUPAÇÃO ESPECÍFICA EM RELAÇÃO AO PACIENTE?
 - REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:** OS MATERIAIS NECESSÁRIOS, COMO INSTRUMENTAIS, PRÓTESES E OUTROS ESTÃO PRESENTES E DENTRO DA VALIDADE DE ESTERILIZAÇÃO? (INCLUINDO RESULTADOS DO INDICADOR?)
HÁ QUESTÕES RELACIONADAS A EQUIPAMENTOS OU QUIMIOTERAPÉUTICAS?

PRONTUÁRIO:
140001 1937310
ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

SAÍDA
O PROFISSIONAL DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMA VERBALMENTE COM A EQUIPE:
■/O NOME DO PROCEDIMENTO REALIZADO

- COMPRESAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS OU NÃO SE APLICAM
- BIÓPSIAS ESTÃO IDENTIFICADAS E COM O NOME DO PACIENTE
- HOUVE ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTOS

Maria José - Claudine
Der Untername
COPEN-HU 350741

Assinatura



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011271216412060000035489041>
Número do documento: 2011271216412060000035489041

Núm. 37189555 - Pág. 28

07/07/2019

HPM-Painel Administrativo



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55
Data: 07/07/2019
Horas: 09:08:22
Médico (a) Diarista : Wagner De Melo Falcao

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1937394 Paciente: KEIWENN FERREIRA DE SOUSA Idade: 014 Sexo: M

2/3

Nome da Mãe: EDJANE FERREIRA DE SOUZA Data de Nascimento: 23/03/2005 Admissão: 06/07/2019

Clinica:PEDIATRIA Enfermaria: 8 Leito: 3 Diagnóstico: FX PATELA D

DIA 07/07/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Wagner De Melo Falcao /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA LIVRE	cl
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. IFRASCO, 8h/8h	at 12/07
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 6h/6h	2/07 25/07
	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. IFRA AMP. 12h/12h Reconstituir 2ML ABD.	14/07
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, 8h/8h SE NAUSEA OU VOMITOS	S/N
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/ML 2 ML E.V. TAMPOLA, FAZER SE NECESSARIO + 100ML SF, LENTO, 8/8H	S/N
7	DECUBITO MUDANCA 2/2H	cl
8	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	cl

EVOLUÇÃO

DATA:07/07/2019 HORA:09:07:46

ORTOPEDIA

PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM JOELHO DIREITO HÁ 2 HS,
COM DOR E DEFORMIDADE EM JOELHO E INCAPACIDADE DE EXTENSÃO DO MEMBRO.
RAIO X EVIDENCIA FRATURA DE PATELA DIREITA COMINUTIVA.
NEGA ALERGIAS OU HAS OU DM2.

CD:VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Wagner De Melo Falcao





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112712164120600000035489041>
Número do documento: 20112712164120600000035489041

Num. 37189555 - Pág. 30



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112712164120600000035489041>
Número do documento: 20112712164120600000035489041

Num. 37189555 - Pág. 31

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
VIA — CON IPRTM — 2012/2009004180-6
1 88848294-9 00/00000000 2012

CPF / CNPJ _____ EXERCÍCIO _____
_____ 2012

PLACA _____ MNK5037/PB

RAIMUNDO PEDRO VICENTE

CONTRAN		DENATRAN	
PLACA ANT. UF	PB	CHASSI	PLACA
NOVO	9C2KC08106R938639	GASOLINA	MNK5037/PB
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS / MOTOCICLE / NAO APLIC		GASOLINA	
HONDA / CG 150 TITAN KS		ANO FAB.	ANO MODELO
2 P / 149 / C/T		2006	2006
COTA UNICA		CATEGORIA	MARCA / MODELO
IPVA ISENTO		COR PRINCIPALMENTE	HONDA / CG 150 TITAN KS
V — PLACAS IPVA		VERMELHA	
*****		VEIC. COTA UNICA	
0		1º	
PRÉMIO IPATRIBUTO (R\$) — IPF (R\$)		VEIC. COTA UNICA	
*****		2º	
PRÉMIO IPATRIBUTO (R\$) — IPF (R\$)		3º	
PRÉMIO IPATRIBUTO (R\$) — IPF (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	

SEGURADO		DATA DE PAGAMENTO	
REST. BEN. TRIBUTARIO			
0			
ESPERANCA-PB LOCAL			
38903			

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2012 31/07/2012

PLACA	IPF / CNPJ	IPF (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
MNK5037/PB	84065745420	88482949 GAS	HONDA/CG 150 TITAN KS	
	2006	9	9C2KC08106R938639	
PRÉMIO TARIFÁRIO				
IPF (R\$)		DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****		*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IPF (R\$)	TAXA SEGURO (R\$) (IPF)	
*****		SEGURADO	DATA DE CLASSE	
S COTA UNICA		PAGAMENTO	DATA DE CLASSE	
		PARCELADO	30/07/2012	

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04
14761-0825221-20120731

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
5^a Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



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

Lucena/PB, 12 de fevereiro de 2020.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-A

EDJANE FERREIRA DE SOUZA
Noticiante



Procedimento Policial: 00081.01.2020.1.05.101

Scanned with CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112712164120600000035489041>
Número do documento: 20112712164120600000035489041

Num. 37189555 - Pág. 33

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200063411 Cidade: Lucena Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA Data do acidente: 06/07/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIOS DE KIRSCHNER/CERCLAGEM P.6,10)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112712164120600000035489041>
Número do documento: 20112712164120600000035489041

Num. 37189555 - Pág. 34

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200063411 Cidade: Lucena Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA Data do acidente: 06/07/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIOS DE KIRSCHNER/CERCLAGEM P.6,10)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112712164120600000035489041>
Número do documento: 20112712164120600000035489041

Num. 37189555 - Pág. 35

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051665/20

Número do Sinistro: 3200063411

Vítima: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

CPF: 098.231.034-02

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 06/07/2019

CPF de: Próprio
Titular do CPF: KELWENN FERREIRA DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112712164120600000035489041>
Número do documento: 20112712164120600000035489041

Num. 37189555 - Pág. 36



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08219876720208150001

BRADESCO SEGUROS S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **KELWENN FERREIRA DE SOUSA**, em trâmite perante este Duto 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:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011271216414900000035489043>
Número do documento: 2011271216414900000035489043

Num. 37189557 - Pág. 1

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelênci, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 25 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/11/2020 12:16:41
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112712164149000000035489043>
Número do documento: 20112712164149000000035489043

Num. 37189557 - Pág. 2