



Número: **0800036-66.2020.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **14/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes   | Procurador/Terceiro vinculado            |
|--|--|
| JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES (AUTOR)                         | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)         |

**Documentos**

| Id.          | Data da Assinatura | Documento  | Tipo              |
|--------------|--------------------|--|-------------------|
| 45809<br>123 | 15/07/2021 16:15   | <a href="#"><u>Petição</u></a>                                       | Petição           |
| 45809<br>124 | 15/07/2021 16:15   | <a href="#"><u>2764707_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a> | Outros Documentos |
| 45809<br>126 | 15/07/2021 16:15   | <a href="#"><u>2764707_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_03</u></a>       | Outros Documentos |

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 16:15:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071516151053600000043528756>  
Número do documento: 21071516151053600000043528756

Num. 45809123 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 19 de Agosto de 2019**

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190481144 Vítima: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

**Data do Acidente:** 13/04/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a). JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES**

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-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14719846



00891/00892 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 16:15:13  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107151615123630000043528757>  
Número de documento: 2107151615123630000043528757

Num. 45800134 Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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, 01 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190481144 Vítima: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

**Data do Acidente:** 13/04/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

## **Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES**

Informações sobre o pagamento da inden

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%      P.D. à 2.000,00

Recebedor: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

Valor: R\$ 2.362,50

Bansal 001

Agência: 0000002176-8

Cuenta: 000010031650 6

Tipo: CONTA POUPANCA

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

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

|  |                                  |                            |                |                        |
|--|----------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:   | CPF da vítima:                   | Nome completo da vítima:   |                |                        |
|  | 109 684 644 62                   | José Deivid Praxedes Alves |                |                        |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                                  |                            |                |                        |
| Nome completo: José Deivid Praxedes Alves  |                                  |                            |                |                        |
| Profissão: Funcionário Público   | Endereço: Rua Francisco Silveira | CPF: 109 684 644 62        | Número: SN     | Complemento: casa      |
| Bairro: huga Vieira  | Cidade: Gramacho                 | Estado: PB                 | CEP: 58998 000 | Tel.(DDD): 99940152024 |
| E-mail: rede_arrenaria@hotmail.com   | (83) 987616835                   |                            |                |                        |

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: COMPREV

AGÊNCIA: 2176 CONTA: 32 650 DIGITO: 4  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: DIRETÓRIO DE PREVIDÊNCIA S/A  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

### 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 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.

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: 15/05/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_</p



Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil  
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia Distrital de Itaporanga



GOVERNO  
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 603 /2019.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Transito

DATA DO FATO: 13 / Abril / 2019 HORAS: 15h

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL. Renato Anderson de Oliveira

Notificante/Vítima:

JOSÉ DEIVID PRAXEDES ALVES, natural de Itaporanga-PB, Seliteiro, Func. Publico Municipal, nascido no dia 05.12.96, filho de Levi France Alves e Josefa Praxedes Alves, RG 3.849.859/SSP/PB e CPF 109.684.644-67, residente na R. Francisco Abilio, 337 centro Diamante/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, estava circulando pelas Ruas de Diamante/PB, conduzindo a moto HONDA CG 150 FAN ESI, cárvermelha, ano 2009/2010, placa NPY2130/PB e chassi 9C2KC1550AR014885, licenciada em nome seu genitor(LEVI FRANCO ALVES), e ao passar pela Rua Dienizio Manguira (centro), ao desviar de buracos no asfalte, caiu dentro de um deles, sendo então socorrido pelo SAMU para o Hospital Distrital de Itaporanga -PB, em seguida removido para o Regional de Patos e tendo feito cirurgia na Clínica São Francisco.

15 AGO. 2019

Itaporanga, Pb, 26 de Abril de 2019.

Notificante/Vítima: José David Praxedes Alves

Escrivão Plantonista: Leônidas Rodrigues

COMPREV  
COMPRESSEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A

PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA

AG  
PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA  
  
COMPREV PREVIDÊNCIAS/A





## 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:                   | Nome completo da vítima:   |                 |                        |
|  | 109 684 644 62                   | José Deivid Praxedes Alves |                 |                        |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                                  |                            |                 |                        |
| Nome completo: José Deivid Praxedes Alves  |                                  |                            |                 |                        |
| Profissão: Funcionário Público   | Endereço: Rua Francisco Silveira | CPF: 109 684 644 62        | Número: SN      | Complemento: casa      |
| Bairro: huga Vieira  | Cidade: Gramacho                 | Estado: PB                 | CEP: 28 998 000 | Tel.(DDD): 99940152024 |
| E-mail: rede_arrenaria@hotmail.com   | (83) 987616835                   |                            |                 |                        |

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: COMPREV

AGÊNCIA: 2176 CONTA: 32 650 DIGITO: 4  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: DIRETÓRIO DE PREVIDÊNCIA S/A  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

### 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 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.

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: 15/05/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura de quem assina A RODO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, 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.

001/2018



*Queda de moto -*



SAMU  
192

PREFEITURA MUNICIPAL DE DIAMANTE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SAMU 192 - BASE DE DIAMANTE

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 16

- IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

|                     |               |   |                            |   |
|---------------------|---------------|---|----------------------------|---|
| Data                | Ocorrência N° | Paciente / Usuário  | Idade                      | Sexo  |
| 13/04/19            | 127           | JOSÉ DAVI PRAYETE ALVES   | 22                         | <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM. |
| Local da Ocorrência |               | Bairro  | Médico Regulador           |   |
| Base do bairro      |               | Centro  | Dr. Sérgio                 |   |
| Após No Local       |               | Pm Resgate/bombeiro Resgate PRF Cptan Strans Trota Nenhum Outro     |                            |   |
| OTH:                |               | Socorrido por Terceiros Recusou Atendimento Socorrido pelo Bombeiro | Local não Encontrado Outro |   |

- TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS : ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

- TIPO DE AGRADO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

|   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> TRAUMA <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO<br><input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE DO:<br><input type="checkbox"/> OUTROS:<br><b>CINEMÁTICA:</b><br><i>Queda de moto.</i>   | <b>- ANTECEDENTES</b><br><b>MEDICAMENTOS:</b> 15 AGO. 2019<br><b>PATOLOGIA (S):</b><br><b>ULTIMA ALIMENTAÇÃO:</b><br><b>VACINAS:</b>  |
| EXAMES FÍSICO:<br><input type="checkbox"/> PÁLIDO/ <input type="checkbox"/> CIANÓTICO/ <input type="checkbox"/> ICTÉRICO/ <input type="checkbox"/> SUDOREICO/ <input type="checkbox"/> PELE FRIA<br><input type="checkbox"/> PELE ÚMIDA/ <input type="checkbox"/> ISOCÓRICO/ <input type="checkbox"/> ANISOCÓRICO/ <input type="checkbox"/> MIÓTICO<br><input type="checkbox"/> DOR: LOCAL _____<br><input type="checkbox"/> DISPNEIA/ <input type="checkbox"/> TAQUIPNÉIA/ <input type="checkbox"/> HEMATÊMESE/ <input type="checkbox"/> HEMOPTISE | <input type="checkbox"/> TCE/ <input type="checkbox"/> TRM/ <input type="checkbox"/> FRATURA/ <input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ENTORSE/<br><input type="checkbox"/> LUXAÇÃO/ <input type="checkbox"/> FACE/ <input type="checkbox"/> PCR/ <input type="checkbox"/> FAB/ <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO/<br><input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO/ <input type="checkbox"/> QUEIMADURA/ <input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO/<br><input type="checkbox"/> DESABAMENTO OU SOTERRAMENTO/ <input type="checkbox"/> QUEDA DA PRÓPRIA<br>ALTURA <input type="checkbox"/> QUEDA MOTO / QUEDA ALTURA metros |
| TIPO DE FERIMENTO E LOCAL<br><i>Fractura nos MHZ e fratura de rádio no M5.4.</i>  | Dr. Felipe Guedes   |
| DESTINO: <u>PFPI</u>  | Médico  |
| Local: _____  | CRM - PB 12266  |
| DADOS VITALS  | Função: <u>clínico</u>  |

VVA:  Livre  Ostruído RESPIRAÇÃO:  >30 lpm  <30 lpm PERFUSÃO CAPILAR:  Retardada  Normal PAS:  > 90mm Hg  
 < 90 mm Hg PA: 100/180 FC: 95 FR: 18 SPO<sub>2</sub>: 96 SPO<sub>2</sub> C/O: \_\_\_\_\_ TEMPERATURA: 36,1 GLICEMIA: 129 E. Coma: \_\_\_\_\_

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM: *História de membro superior relacionado a acidente de moto.*

INTERVENÇÕES: *Inabilitações do membro fracturado e administração de medicamentos.*

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO: *Paciente do sexo M, 22 anos, consciente e imobilizado.*

*orientado para um estabilizar via a base do sono, quando se deu dor no antebraço em decorrência de um acidente de moto, realizado raio-x e informado fratura no MHZ, onde o mesmo via para a sala e foi dado no CHP (Pato).*

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA) *foi realizado baseado em SAL + digressa e norma*

ENFERMEIRO: Reyn COREN: 201.61 TÉCNICO DE ENFERMAGEM Fabiano Ventura Dias COREN: \_\_\_\_\_

CONDUTOR: Haci Luis COREN: 781325701 Técnico de Enfermagem COREN: \_\_\_\_\_

|                   |  |  |                                    |
|-------------------|--|--|------------------------------------|
| RECUSA            | COMPREV<br>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A. |  | COMPREV<br>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A |
| NOME: _____       | R.G: _____                                   |  | TESTEMUNHA: _____                  |
| ASSINATURA: _____ | PROTÓCOLO<br>AO. JOÃO PESSOA                 |  | PROTÓCOLO<br>AG. JOÃO PESSOA       |
| TESTEMUNHA: _____ | TESTEMUNHA: _____                            |  | TESTEMUNHA: _____                  |



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02176-8

CONTA: 000010031650-6

---

Nr. da Autenticação 200187E02B3CBA08



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 16:15:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071516151236300000043528757>  
Número do documento: 21071516151236300000043528757

Num. 45809124 - Pág. 7

**JOSEFA PRAXEDES ALVES**  
RUA FRANCISCO CABO DE SOUZA, 519 - LUCAVIEIRA  
DIAMANTE / PB CEP: 58890-000 (RG: 154)

Licença MONOPÓLICO  
Classe: RESIDENTIAL / RESIDENCIAL  
Referência: Abril/2019  
Rotação: 7.155.300.4280  
Medidor: 00008817826  
Baixação: 11/04/2019

**energisa**

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. 220, KM 25 - Qd. 02 Residencial João Pessoa/PB - CEP 58071-600  
CNPJ: 08.029.112/0001-42 - Inscrição Estadual: 16.016.620-0  
Nota Fiscal Centro Energia Energisa / C2212.07  
Cód. para Débito Automático: 0020700384

**Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196** | Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/CNPJ/RAM   |
|-------------------|--------------|----------------------------------|----------------|
| Abr/2019          | 11/04/2019   | 13/05/2019                       | 034.066.344-09 |

**UC (Unidade Consumidora):** 5/720639-4

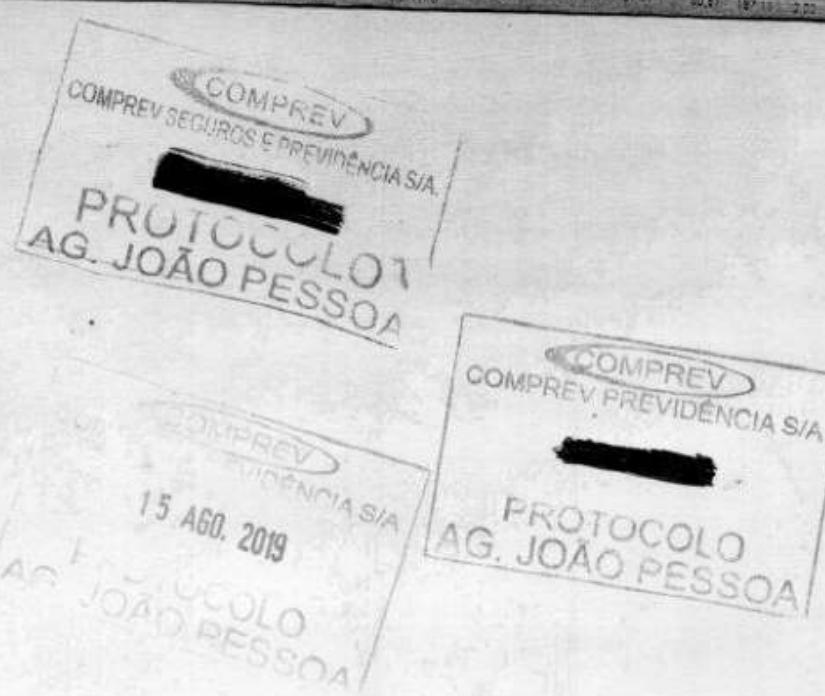
**Canal de contato:**

Descrição de Cláusulas gerais de uso das informações e autorização para a utilização dos dados referentes à sua fatura de pagamento regularizada entre 01/03/2019 e 31/12/2019. Os consumidores vencidos no ano de 2018 não mais aparecem. Esta informação é usada para o acompanhamento do cumprimento das obrigações de consumo e pagamentos das faturamentos anteriores ao seu último dia de apresentação. As contas de nossas empresas nos meses de 07, 08 e 09 pertencem à Eletrobras. Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube podem acompanhar as nossas novidades, comentários e informações sobre segurança, eficiência e oportunidades de trabalho em energia.

| Anterior | Atual    | Constante | Consumo | Dias |
|----------|----------|-----------|---------|------|
| 10/03/19 | 11/04/19 | 10/12     | 210     | 29   |

**Demonstrativo**

| CC  | Detalhe                | Tarifa     | Valor   | Base   | Valor  | Consumo | Dias  |        |      |      |
|---|------------------------|------------|---------|--------|--------|---------|-------|--------|------|------|
| 001                                       | DEBITO                 |            |         |        |        |         |       |        |      |      |
| 001                                       | Consumo em Viva        | 210.000,00 | 0,64420 | 187,11 | 127,11 | 27      | 00,51 | 187,11 | 27   | 0,34 |
| 007                                       | LANÇAMENTOS SERVIÇOS   |            |         |        |        |         |       |        |      |      |
| 007                                       | CONTRIBUICAO MUNICIPAL | 0,00       | 0,00    | 0,00   | 0,00   | 0,00    | 0,00  | 0,00   | 0,00 | 0,00 |
| 004                                       | JUROS DE MORA 03/2019  | 0,00       | 0,00    | 0,00   | 0,00   | 0,00    | 0,00  | 0,00   | 0,00 | 0,00 |
| 005                                       | MULTA 03/2019          | 0,00       | 0,00    | 0,00   | 0,00   | 0,00    | 0,00  | 0,00   | 0,00 | 0,00 |
| CC: Carga de Classificação de Conta TOTAL |                        |            | 203,82  | 187,31 | 50,51  | 187,11  | 2,03  | 5,35   |      |      |
| Tarifa de Fórmula                         |                        |            | 0,67170 |        |        |         |       |        |      |      |





COMPREV  
COMPRES SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS  
RUA EDUÍDO FIGUEIREDO, 22 - CENTRO  
ITAPORANGA / PB CEP: 58780000 (463.150)

Licença: MONOFÁSICO  
Cia/Soc: RES MTC 31 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Ressar: 7 - 154 - 26 - 9112 Referência: Ma / 2015  
Medidor: 00008957427 Emissor: 13/05/2019  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 04 748 417  
Cód. para Débito Automático: 09009282328

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RAN |
|-------------------|--------------|----------------------------------|----------------|
| Maio / 2019       | 13/05/2019   | 11/06/2019                       | 039.247.064-09 |

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

Características do contato:  
Já fez o movimento vacina brasil. Sobre mais em  
https://gov.br/vacinabrasil

COMPREV  
COMPRES SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

| Anterior                     | Atual                        | Constante | Consumo  | Dia |
|------------------------------|------------------------------|-----------|----------|-----|
| Data: 11/04/19 Lediura: 2740 | Data: 13/05/19 Lediura: 3836 |           | 7 156 32 |     |

| CCN Descrição       | Quarteto Total   | Venda  | Entrega | Alm. Içma | Itm. Faz/Ref/Pd | Com/Pr |
|---------------------|------------------|--------|---------|-----------|-----------------|--------|
| 0001 Consumo em kWh | 199.000 0.847260 | 199.38 | 27      | 43.19     | 155.96          | 1.56   |
| 0001 Alm. E. Amaria |                  | 1.13   | 27      | 0.30      | 1.13            | 0.01   |

| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS        |       |      |   |      |      |
|-------------------------------|-------|------|---|------|------|
| 0002 CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA | 16.72 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |
| 0004 JUROS DE MORA 04/2019    | 0.25  | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |
| 0005 MULTA 04/2019            | 2.82  | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Suelio Rodrigues dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039247.061 / 09 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José Maurício Prexeder Alves Inscrito (a) no CPF sob o Nº 109 684 641 / 62

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima José Maurício Prexeder Alves

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 109 684 641 / 62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

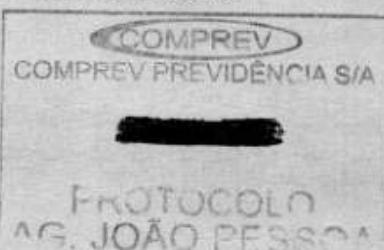
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|           |                                  |                |                   |              |                     |
|-----------|----------------------------------|----------------|-------------------|--------------|---------------------|
| Endereço: | <u>Rua Buritião Figueirelo</u>   | Número:        | <u>22</u>         | Complemento: | <u>casa</u>         |
| Bairro:   | <u>centro</u>                    | Cidade:        | <u>Itaporanga</u> | Estado:      | <u>PB</u>           |
| E-mail:   | <u>suelio.moreira@hotmai.com</u> | (83) 992616875 |                   | Tel.(DDD):   | <u>999421520-24</u> |

Local e Data: Itaporanga 15/05/2019

Suelio Rodrigues dos Santos  
Assinatura do Declarante



DDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 16:15:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071516151236300000043528757>  
Número do documento: 21071516151236300000043528757

Num. 45809124 - Pág. 10



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

15 AGO 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Jeroni Franco Alves

RG nº 4280576

PROTÓCOLO

AG. JOÃO PESSOA

, data de expedição 16/01/1987

Órgão SSP / PB, portador do CPF nº 59397470434,

com domicílio na cidade de Diamante, no Estado de

Bahia

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Francisco Alves de Souza, nº 5/N,

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

José Reinid Proxedes Alves, cujo o condutor era

o mesmo.

Veículo: moto Modelo: Honda CG 150 Fan ESI Ano: 2009/2010

Placa: NPR 2130 Chassi: 9CJKC1550AR014885

Data do Acidente: 13/04/2019

Local e Data: Itaporanga 03/05/2019

Assinatura do Declarante

Jeroni Franco Alves

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL  
E NOTAS DE DIAMANTE

Comarca de Itaporanga - PB

Auridete Franco de Santana Oliveira

Oficial de Registro (CASO seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Aluizio Franco de Santana  
1º Escrivão Compromissário

Assinatura do Condutor

Jeroni Franco Alves  
POR AUTENTICIDADE

Diamante - PB 03 de 05 de 2019

Em testemunha da verdade.

Presidente Franco de Santana Oliveira

Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba

SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO

Selo Normal - Tipo: B

Outros Atos Registráis

AIG12978 - NRSZ

Confira os dados do ato em

<http://selodigital.tjpb.jus.br>

Encargos: R\$ 0,00

MPT: R\$ 0,00 FARPE: R\$ 0,00



Relatório Médico

José Deivid Praxedes Alves

Paciente vítima de acidente de trânsito no dia 13/04/2019. Apresentou como lesão fratura completa de rádio direito e fratura distal de rádio direito. Realizou imobilização cruenta com placa e parafuso e fio de Kirchner. Não realizou fisioterapia. Apresenta como sequelas diminuição do movimento de rotação do membro superior direito, com diminuição de força e parestesia. Alta médica à partir desta data.

01/08/2019

*Dr. Willian Caires Manuz  
CRM-PB 11480*



Dr Fernando Jucaí.



ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ GOMES DA SILVA

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
[REDACTED]

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

### FICHA DE ENCAMINHAMENTO

DE: Itaporanga

PARA: Patos

ENCAMINHO: José Da Vida Marcondes Alves IDADE: 22a. SEXO: Masculino.

RESIDENTE: Rua Getúlio Vargas

MUNICÍPIO: Diamantina

UF: PB

PA 100 x 80 -- Hg MM/HG TEMP °C PESO KG

15 AGO. 2019

#### QUADRO CLÍNICO ATUAL:

A queda de moto há +/- 1 hora; repetiu dor, edema e deformidade em punho (D). Nega outros sintomas. Ao exame: BEG, PPA, normocorado, inchado, Vigoroso, orientado, alcoolicado  
AC/AP: NDN

Dor, edema e deformidade em punho direito.

\* Rx de punho direito com suspeita de fratura em faço médio do rádio direito.

Solicite avaliação e conduta

13/04/19

HORA: 17:38 hs

Dr Filipe Guedes  
Médico  
CRM - PB 12266

## FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

|                |                                       |             |                    |
|----------------|---------------------------------------|-------------|--------------------|
| CNES           | 2605473                               | CNPJ        | 88.778.268/0023/76 |
| NOME           | HOSPITAL REGIONAL DEP JANUHY CARNEIRO |             |                    |
| ENDERECO       | RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N              |             |                    |
| CIDADE         | PATOS                                 | UF PB       |                    |
| <hr/>          |                                       |             |                    |
| CLASSIF. RISCO | VERDE                                 |             |                    |
| ORIGEM         | PROPRIA RESIDENCIA                    |             |                    |
| PACIENTE       | JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES            |             |                    |
| NOME SOCIAL    |                                       |             |                    |
| FILIAÇÃO I     | JOSEFA PRAXEDES ALVES                 | FILIAÇÃO II | LEVI FRANCO ALVES  |
| NASCIMENTO     | 05/12/1996                            | IDADE       | 22a 4m             |
| PROFISSÃO      | DIRETOR DE COMPRAS                    | COR         | PARDO              |
| ENDERECO       | RUA FRANCISCO ABILIO                  | GÊNERO      | M                  |
| CIDADE         | DIAMANTE                              | nº337       | CENTRO             |
| TELEFONE       |                                       | U.F PB      | CEP                |
| CNS            | 700400516317750                       | R.G         | 3.849.859          |
| ESTADO CIVIL   | SOLTEIRO                              | CPF         | CELULAR            |
|                |                                       |             | 83987402821        |
|                |                                       |             | REG. NASC.         |

|            |                                  |                 |                      |
|------------|----------------------------------|-----------------|----------------------|
| F.A.A      | 39256                            | PRONTUÁRIO      | 22118                |
| MOTIVO     | ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA | OPERADOR        | MMAIA                |
| DATA       | 14/04/2019 Horário: 06:39        | TIPO DE SERVICO | URGENCIA E EMERGENCI |
| CARATER    | 02 -URGENCIA                     |                 |                      |
| CONVÉNTO   | SUS AMBULATORIO                  |                 |                      |
| TRANSPORTE | VEICULO PROPRIO                  |                 |                      |
| MÉDICO     | WAERSON JOSE DE SOUZA            |                 |                      |

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

## **ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)**

me lo el taller viendo de donde se  
solo el taller no autoriza.

**Exames realizados na Unidade (X) de:**

**EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)**

**SOLICITAÇÃO DE PARECER**

DIAGNÓSTICO

**PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)**

670

---

MATERIALS MEDICAMENTOS E QUIROS

OBSERVAÇÃO ( ) SIM ( ) NÃO

---

MÉDICO/CBM/CNS

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADAMENTO PELO SISTEMA TNH

**EBO** **Sousa**





# Hospital São Francisco

## Boletim de Admissão

Nº \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: 05/12/1996

Nome: 54012 - Jose Delvid Praxedes Alves Idade: 22 anos Sexo: MASC.

Estado Civil: Solteiro Profissão: Origem: Diamante /PB

Responsável: CATEGORIA: PARTICULAR

Endereço: Rua Francisco Abilio, 337 - - Centro - Diamante - PB -

Data e hora de admissão: 14/04/2019 / 13:11 Hs - Alta 15 / 04 / 19 Hs 11:45

Internamentos anteriores neste Hospital:  Sim  NãoInternamentos em outros Hospitais: DR FERNANDO  Não

Médico assistente Dr. CRM: 5332

**DIAGNÓSTICO PROVÁVEL**

GATUNA SALGADA

ARTIGO DIN

**MOTIVO DA ALTA**

Indisciplina ( ) Transferido ( )

Curado ( ) A Pedido ( )

Melhor ( ) Falecido ( )

**EM CASO DE FALECIMENTO, CAUSA:**

Primária: \_\_\_\_\_

Secundária: \_\_\_\_\_

Observações: \_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

○ MCSMO

CID: 552

Dr. Fernando Jucá  
Fernando Jucá  
Cirurgião-Dentista  
CRM-PB 12125**EXAME OBJETIVO:**

AP. Recepcionista: Jair Pereira Soares Filho 14/04/2019 - 13h11mso. \_\_\_\_\_

**CLÍNICA:**

Obstétrica ( ) Cirúrgica ( ) Médica ( ) Pediátrica ( )

**EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, Laboratórios)**

|  |  | Hospital São Francisco               |             | ENFERMARIA               | LEITO         | Nº PRONTUÁRIO |
|--|--|--------------------------------------|-------------|--------------------------|---------------|---------------|
| <b>FICHA DE ANESTESIA</b>  |  | NOME <i>Hely David P. W.</i>         |             | IDADE <i>22</i>          | SEXO <i>M</i> | COR <i>B</i>  |
| DATA <i>14/04</i>  |  | PRESSÃO ARTERIAL/PULSO <i>110/20</i> | RESPIRAÇÃO  | TEMPERATURA              | PESO          | ALTURA        |
| TIPO SANGUÍNEO   |  | HEMÁCIAS                             | HEMOGLÓBINA | HEMATÓCRITO              | GLICEMIA      | URÉIA         |
|  |  | URINA                                |             |                          |               | OUTROS        |
| AP. RESPIRATÓRIO   |  |                                      |             | ASMA                     |               | BRONQUITE     |
| AP. CIRCULATÓRIO   |  |                                      |             | ELETROCARDIOGRAMA        |               |               |
| AP. DIGESTIVO  |  |                                      |             | DENTES                   | PESCOÇO       | AP. URINÁRIO  |
| ESTADO MENTAL  |  |                                      |             | ATARÁXICOS               | CORTICOIDES   | ALERGIA       |
| DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO   |  |                                      |             | <i>Kt ossi art. brys</i> |               | HIPOTENSORES  |
| ANESTESIA ANTERIORES   |  |                                      |             |                          | ESTADO FÍSICO | RISCO         |
| MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA<br><i>14-30 15-00 30</i>                  |  |                                      |             | APLICADAS                | EFEITO        |               |
| AGENTES ANESTÉSICOS<br><i>O2</i>                                   |  |                                      |             | INDUÇÃO                  |               |               |
| LÍQUIDO  |  | <i>EtOH 0.9% 200 ml</i>              |             | SATISF.                  | EXCIT.        | TOSSE         |
| CÓDIGO PV. ARTERIAL: PULSO: - RESPIRAÇÃO VZ - ANESTESIA: OPERAÇÃO  |  |                                      |             | LARINGO ESPASMO          | LENTA         |               |
| SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES   |  |                                      |             | NÁUSEAS                  | VÔMITOS       | OUTROS        |
| POSIÇÃO  |  |                                      |             | MANUTENÇÃO               |               |               |
| AGENTES  |  | <i>B40 gss + val + Durval 1000</i>   |             | <i>Verde 200 ml</i>      |               |               |
| TÉCNICA  |  | <i>Riley Bzayd</i>                   |             | <i>- Maia</i>            |               |               |
| OPERAÇÃO   |  | <i>Riley Bzayd</i>                   |             | <i>Assessoria</i>        |               |               |
| CIRURGIÕES   |  | <i>D. T. T. G. C. L.</i>             |             |                          |               |               |
| ANESTESISTAS   |  | <i>J. J. G. L.</i>                   |             |                          |               |               |
| OBSERVAÇÕES  |  |                                      |             |                          |               |               |
| ANOTAR NO VERSO, AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS |  |                                      |             |                          |               |               |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 16:15:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071516151236300000043528757>

Número do documento: 21071516151236300000043528757

ATO - OPERATÓRIO

Cirurgião Dr. Alessandro Vieira CRM: 5322 Auxiliar / 4 / 4 / 15 CRM:

Anestesista: D. Ronaldo W. CRM:

Anesthesia: Rhinoplasty

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Descrição da Operação: \_\_\_\_\_

① GANHOCAM Cx10 N80 - ② ABSCP5000 ALB. PFRP500  
③ Prolongar Campan COTACO-S. ④ JACAR UNICORN.  
⑤ Girar por níveis na PLACA, NIV. OCP, OG /  
funis. ⑥ Subir; ⑦ Girar anti-horário níveis -  
uturna das TL para o 1º. ⑧ Odor forte, manter

#### **TEMPERATURA**

PRESCRIÇÃO MÉDICA





# Hospital São Francisco

**Sempre estaremos aqui**

RUA PEREGRINO FILHO, 199 | CENTRO | PATOS - PB  
Cep: 58.700-450 | FONE: (83) 3421.3454  
e-mail: contato@hsaofrancisco.com  
www.hsaofrancisco.com

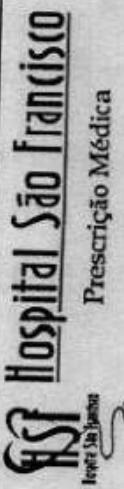
## FICHA DE CONSUMO CENTRO CIRÚRGICO

|                      |                          |           |               |                    |                  |           |      |
|----------------------|--------------------------|-----------|---------------|--------------------|------------------|-----------|------|
| NOME:                | José Daviêl Rayder Alves | ADMISSÃO: | Ped.          |                    |                  |           |      |
| SEXO:                | Masculino                | IDADE:    | 22            | ENF/APT:           | 229              | CONVÉNIO: | Pet. |
| INTERVENÇÃO:         | Int. Chirurgico          | Med.:     | Antônio Braga |                    |                  |           |      |
| CIRURGIAO:           | Dr. Fernando Yuca        |           |               |                    |                  |           |      |
| PRIMEIRO AUXILIAR:   |                          |           |               |                    |                  |           |      |
| PEDIATRA:            |                          |           |               |                    |                  |           |      |
| ANESTESISTA:         | Dr. Augusto              |           |               |                    |                  |           |      |
| DATA DA INTERVENÇÃO: | 14/01/19                 | HORA:     | 15:15         | TIPO DE ANESTESIA: | Bloco de Pratico |           |      |

| QUANT. | DESCARTÁVEIS                          | DESCARTÁVEIS   |
|--------|---------------------------------------|--|
| 01     | Aguilha p/ Raque Spinal               | <input type="checkbox"/> 25g <input type="checkbox"/> 27g  |
| 01     | Aguilha Peridural Nº                  | <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 15 <input checked="" type="checkbox"/> 24   |
| 01     | Aguilhas                              | <input type="checkbox"/> 13x4,5 <input type="checkbox"/> 25x7 <input checked="" type="checkbox"/> 40x12 <input type="checkbox"/> 40x16                 |
| 03     | Algodão Hidrolílico (gramas)          |  |
| 03     | Algodão Ortopédico (gramas)           |  |
| 01     | Altadura de Crepon Nº                 | 15cm   |
| 01     | Altadura Gessada Nº                   |  |
| 01     | Bolsa Coletora de Urina Sist. Fechado |  |
| 01     | Calotar Jeico                         | <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 18 <input checked="" type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 24 |
| 01     | Calotar Nasal de Oxigênio             |  |
| 01     | Clamp Umbilical                       |  |
| 01     | Dreno Penrose Nº                      |  |
| 01     | Dreno Succión Nº                      |  |
| 01     | Dreno Torax Nº                        |  |
| 05     | Duplicador de acesso venoso (2 vias)  |  |
| 01     | Eletrôdios descartáveis               |  |
| 01     | Equipo macrogotas                     | <input type="checkbox"/> c/mj. <input type="checkbox"/> s/mj.  |
| 01     | Equipo microgotas                     | <input type="checkbox"/> c/mj. <input type="checkbox"/> s/mj.  |
| 01     | Equipo para infusão sanguínea         |  |
| 01     | Escape                                | <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24            |
| 10044  | Escova com PvP                        |  |
| 01     | Espalhador miropore (cm)              |  |
| 01     | Gaze estéril (pacote)                 |  |
| 01     | Gaze não estéril (pacote)             |  |

| QUANT. | DESCARTÁVEIS             | DESCARTÁVEIS  |
|--------|--------------------------|---|
| 01     | Lâmina de Besteira       | <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 24 |
| 03     | Luvas estéril Nº         |   |
| 03     | Luvas não estéril Nº     |   |
| 01     | Máscara descartável      |   |
| 01     | Prio-pé descartável      |   |
| 01     | Puleira RN               |   |
| 01     | Seringa 1ml              |   |
| 01     | Seringa 3ml              |   |
| 01     | Seringa 5ml              |   |
| 01     | Seringa 10ml             |   |
| 01     | Seringa 20ml             |   |
| 01     | Sonda de Foley Nº        |   |
| 01     | Sonda Nasogástrica       | <input type="checkbox"/> Longa <input type="checkbox"/> Curta                       |
| 01     | Sonda Uretral Nº         |   |
| 01     | Touca Turbante Sanfonada |   |
| 01     | Tubo Endotracheal Nº     |   |
| 01     | Agujaria                 |   |

| QUANT. | DESCARTÁVEIS         | DESCARTÁVEIS  |
|--------|----------------------|---|
| 01     | Cal. Gut Cromado 0   | <input type="checkbox"/> c/ag                               |
| 01     | Cal. Gut Cromado 1,0 | <input type="checkbox"/> c/ag                               |
| 01     | Cal. Gut Cromado 2,0 | <input type="checkbox"/> c/ag                               |
| 01     | Cal. Gut Cromado 3,0 | <input type="checkbox"/> c/ag                               |
| 01     | Cal. Gut Simples 0   | <input type="checkbox"/> c/ag                               |
| 01     | Cal. Gut Simples 1   | <input type="checkbox"/> c/ag                               |
| 01     | Cal. Gut Simples 2   | <input type="checkbox"/> c/ag                               |
| 01     | Cal. Gut Simples 3   | <input type="checkbox"/> c/ag                               |
| 01     | Cal. Gut Simples 4   | <input type="checkbox"/> c/ag                               |
| 01     | Cal. Gut Simples 5   | <input type="checkbox"/> c/ag                               |
| 01     | Monocryl Nº          | <input type="checkbox"/> s/ag                               |
| 01     | Mononylon 1          |   |
| 01     | Mononylon 2          |   |
| 01     | Mononylon 3          |   |
| 01     | Mononylon 4          |   |
| 01     | Mononylon 5          |   |
| 01     | Mononylon 6          |   |
| 01     | Polycat 0            | <input type="checkbox"/> c/ag <input type="checkbox"/> s/ag |
| 01     | Polycat 1            | <input type="checkbox"/> c/ag                               |
| 01     | Polycat 2            | <input type="checkbox"/> c/ag                               |
| 01     | Polycat 3            | <input type="checkbox"/> c/ag                               |
| 01     | Prolene 0            |   |
| 01     | Prolene 2            |   |
| 01     | Prolene 3            |   |
| 01     | Vicryl Nº 2-0        |   |



Name: \_\_\_\_\_

Prescrição Médica

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dr. Fernández JUCCS  
CIRUGÍA ESTÉTICA Y RECONSTRUCTORA  
Calle 3321 Col. Lomas 12229  
Méjico D.F.

SINAIS VITais







**Hospital São Francisco**  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM**

Paciente: José Pinheiro Preodes Alves

| DIAGNÓSTICO |  | IDADE: 22 a                                    |   | Enfermagem: 308            |                                      | Leito: 01                                   |                   | Data: 14.09.2019 |           |
|-------------|--|--|---|----------------------------|--------------------------------------|---|-------------------|------------------|-----------|
|             |  | FATORES RELACIONADOS / FATORES DE RISCO        |   |                            |                                      | CARACTERÍSTICAS DEFINidoras                 |                   |                  |           |
|             | Constipação  | Diuréticos ( )                                 | Desidratação ( )                                | Excesso ( )                | Outros ( )                           | Abdome distendido ( )                       | Dor à evacuar ( ) | Outro ( )        | Outro ( ) |
| 1           | Constipação  | Habilidades de evacuação irregular ( )         | Desidratação ( )                                | Excesso ( )                | Outros ( )                           | Anorexia ( )                                | Dor abdominal ( ) | Outro ( )        | Outro ( ) |
| 2           | Nutrição desequilibrada; menor que as necessidades | Fatores biológicos ( )                         | Capacidade prejudicada de ingerir alimentos ( ) | Lerdo neurogênico ( )      | Cavidares bucal ferida ( )           | Diarréia ( )                                | Outro ( )         | Outro ( )        | Outro ( ) |
| 3           | Dafício no auto cuidado para banho                 | Fatores psicogênicos ( )                       | Outros ( )                                      | Outro ( )                  | Dor abdominal ( )                    | Mucosas pálidas ( )                         | Outro ( )         | Outro ( )        | Outro ( ) |
| 4           | Dor aguda  | Prejuízo muscular ( )                          | Dor ( )   | Fraqueza ( )               | Outro ( )                            | Incapacidade de acessar o banheiro ( )      | Outro ( )         | Outro ( )        | Outro ( ) |
| 5           | Hipotermia   | Ansiedad ( )                                   | Desidratação ( )                                | Trauma ( )                 | Outros ( )                           | Incapacidade de lavar o corpo ( )           | Outro ( )         | Outro ( )        | Outro ( ) |
| 6           | Integridade da pele prejudicada                    | Aumento da taxa metabólica ( )                 | Circulação prejudicada ( )                      | Circulação prejudicada ( ) | Tequilcardia ( )                     | Tequilpneia ( )                             | Outro ( )         | Outro ( )        | Outro ( ) |
| 7           | Mobilidade física prejudicada                      | Extremos de idade ( )                          | Imobilização física ( )                         | Outro ( )                  | Destruição de camadas da pele ( )    | Invasão de estruturas do corpo ( )          | Outro ( )         | Outro ( )        | Outro ( ) |
| 8           | Padrão respiratório Ineficaz                       | Hipotermia ( )                                 | Desconforto ( )                                 | Rigidez articular ( )      | Rompimento da superfície da pele ( ) | Outro ( )                                   | Outro ( )         | Outro ( )        | Outro ( ) |
| 9           | Risco de desequilíbrio eletrolítico                | Ansiedad ( )                                   | Prejuízo músculo esquelético ( )                | Desuso ( )                 | Dificuldade para virar-se ( )        | Dispneia no esforço ( )                     | Outro ( )         | Outro ( )        | Outro ( ) |
| 10          | Risco de infecção                                  | Ansiedad ( )                                   | Dor ( )   | Fadiga ( )                 | Obesidade ( )                        | Movimentos descontrolados ( )               | Outro ( )         | Outro ( )        | Outro ( ) |
| 11          | Risco de queda                                     | Ascite ( )                                     | Queloides ( )                                   | Vômito ( )                 | Outro ( )                            | Alterações na profundidade respiratória ( ) | Outro ( )         | Outro ( )        | Outro ( ) |
| 12          | Padrão de sono prejudicado                         | Drenos ( )                                     | Queloides ( )                                   | Outro ( )                  | Outro ( )                            | Balanimento de esa d. nenz ( )              | Ortopnésia ( )    | Outro ( )        | Outro ( ) |
| 13          | Outros   | Aumento da exposição ambiental a patógenos ( ) | Outros ( )                                      | Outros ( )                 | Outros ( )                           | Dispneia ( )                                | Outro ( )         | Outro ( )        | Outro ( ) |
| 14          | Outros   | Procedimentos invasivos ( )                    | Outros ( )                                      | Outros ( )                 | Outros ( )                           | Defesas primárias inadequadas ( )           | Outro ( )         | Outro ( )        | Outro ( ) |

| PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM   |  | APOZAMENTO                 | RESULTADOS ESPERADOS  | AVALIAÇÃO |
|--|--|----------------------------|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Monitorizar diariamente sibutramina   |  |                            | <input type="checkbox"/> Orientação de alimentação individualizada / adequada / nutricional                   |           |
| <input type="checkbox"/> Estimular a ingestão de alimentos balanceados e não irritantes  |  |                            | <input type="checkbox"/> Orientação de alimentação individualizada / adequada / nutricional                   |           |
| <input type="checkbox"/> Observar e registrar alimentação bimestral (cor, odor, consistência, sabor)   |  |                            | <input type="checkbox"/> Monitoramento de glicose arterial  |           |
| <input type="checkbox"/> Administrar capilar, anular e mediar CPM  |  |                            | <input type="checkbox"/> Melhorar a saciedade alimentar   |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Administrar para as questões da higiene e higiene (lavagem e banho) e vestimentas (seleção, frequência e quantidade) |  | <b>Aleucos 1 P01</b>       | <input type="checkbox"/> Melhorar a saciedade alimentar   |           |
| <input type="checkbox"/> Observar e comunicar dificuldades alimentares   |  |                            | <input type="checkbox"/> Melhorar a saciedade alimentar e aspecto das eliminações                             |           |
| <input type="checkbox"/> Encorajar ao banho da chuveira  |  |                            | <input type="checkbox"/> Auscultar diário às necessidades de higiene  |           |
| <input type="checkbox"/> Estimular banho no leito (dela) com lavagem de cabeça e corpo, seção vaginal  |  |                            |   |           |
| <input type="checkbox"/> Encorajar ao paciente as possíveis causas da dor  |  |                            |   |           |
| <input type="checkbox"/> Aplicar técnicas de relaxamento, descrever ambiente tranquilo e confortável   |  |                            |   |           |
| <input type="checkbox"/> Administrar certidões, individualizadas, imediatas e locais da dor  |  |                            | <input type="checkbox"/> Controle da dor (metadadosusante)  |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Administrar enteralgico de sintese vitais  |  | <b>Aleucos 1 P02 12/13</b> |   |           |
| <input type="checkbox"/> Administrar analgésico conforme prescrição médica e revisar dor após administração da medicação                                 |  |                            |   |           |
| <input type="checkbox"/> Após, administrar medicamentosa antiespasmódica, analgésica e regularizar os resultados   |  |                            |   |           |
| <input type="checkbox"/> Higienizar e trocar/abrir líquidos  |  |                            | <input type="checkbox"/> Manutenção da temperatura corporal dentro das normas fisiológicas                    |           |
| <input type="checkbox"/> Observar respostas de desintoxicação/biocorrelação  |  |                            |   |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Proporcionar condições de higiene comodato e realizar curatologia de acordo com a necessidade na ACM                 |  | <b>Aleucos 1 P03 01</b>    | <input type="checkbox"/> Melhorar a integridade da pele<br><input type="checkbox"/> Reduzir risco de infecção |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Administrar catárticos do catarro <b>Entero muciloso, 1C.</b>  |  |                            |   |           |
| <input type="checkbox"/> Orientar e estimular hidratação da pele   |  |                            | <input type="checkbox"/> Melhorar hidratação da pele  |           |
| <input type="checkbox"/> Orientar e estimular e manter/mantenção no leito  |  |                            | <input type="checkbox"/> Melhorar hidratação da pele  |           |
| <input type="checkbox"/> Auxiliar o paciente a desfrutar conforto higiênico  |  |                            | <input type="checkbox"/> Melhorar hidratação da pele  |           |
| <input type="checkbox"/> Manter oxigenio a 60% e comunicar se for menor que 95%  |  |                            | <input type="checkbox"/> Melhorar hidratação da pele  |           |
| <input type="checkbox"/> Observar e anotar condutas de período patológico (constipação e urinopatia)   |  |                            | <input type="checkbox"/> Melhorar hidratação da pele  |           |
| <input type="checkbox"/> Verificar condutas de hidratação do paciente (mucosidade, edema, prorro, frequência constipada)                                 |  |                            | <input type="checkbox"/> Melhorar hidratação da pele  |           |
| <input type="checkbox"/> Observar o local da ferida/queimadura e inserção do dispositivo venoso para detectar sinais fisiológicos                        |  |                            | <input type="checkbox"/> Diminuir o risco de infecção   |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tratar excesso Venoso perifônico a dada <b>P03</b> ou a administrar etanol fisiológico e anular                      |  | <b>Aleucos 1 P04</b>       |   |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Realizar desinfecção com álcool a 70% nos dispositivos endovenosos antes de administrar medicamentos                 |  |                            |   |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Utilizar técnica aseptica para aspiração, sondagem vesical, punção venosa e em outros procedimentos invasivos        |  |                            |   |           |
| <input type="checkbox"/> Determinar a capacidade em transferir-se (Ex: nível de mobilidade, limitações aos movimentos, resistência)                      |  |                            |   |           |
| <input type="checkbox"/> Manter as garras do leito abertas   |  |                            |   |           |
| <input type="checkbox"/> Colocar o paciente quando necessário  |  |                            |   |           |
| <input type="checkbox"/> Manter ambiente calmo e tranquilo   |  |                            |   |           |
| <input type="checkbox"/> Orientar reposo no leito  |  |                            |   |           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Administrar medicação CPM  |  | <b>Aleucos 1 P05</b>       |   |           |
| <input type="checkbox"/> Outros  |  |                            | <input type="checkbox"/> Melhorar sono  |           |
| <input type="checkbox"/> Outros  |  |                            | <input type="checkbox"/> Outros   |           |
| <input type="checkbox"/> Outros  |  |                            | <input type="checkbox"/> Outros   |           |

Carimbos e Assinatura do Enfermeiro:  
Isabelia Avela S. Lima  
Enfermeira - CORREN-PB-501-524

HORA:

DATA: / /



# Hospital São Francisco

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

## 1. IDENTIFICAÇÃO

|  |                    |      |                                       |                                   |                                |
|--|--------------------|------|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| NOME:<br>José David Brzezdeus Alves            |                    |      | REGISTRO:                             | LEITO:                            | SETOR ATUAL:                   |
| IDADE:<br>22a                                  | SEXO:<br>Masculino | COR: | ESTADO CIVIL:<br>Solteiro             | NACIONALIDADE:<br>Itapemirim - PB | PROFISSÃO:<br>servidor público |
| Data de internação hospitalar: 14/04/19        |                    |      | Data da internação no setor: 14/04/19 |                                   |                                |
| Tem um Cuidador / Responsável: ( ) sim ( ) não |                    |      | Quem? Lurdes (amiga)                  |                                   |                                |
| Telefone: 83987746981                          |                    |      |                                       |                                   |                                |

## 2. HISTÓRIA PREGRESSA

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Internações prévias: ( ) Motivos: VVAA   | Alergias: ( ) sim ( ) não Qual: |
| Doenças: ( ) HAS ( ) DM ( ) DPOC ( ) Cardiopatia ( ) Obesidade ( ) Tabagista ( ) Ex-Tabagista<br>( ) Neoplasia ( ) hiper/ hipotireoidismo ( ) Alzheimer ( ) parkinson ( ) outras Qual: |                                 |
| ( ) Alcoolismo ( ) Drogadição ( ) Outros:  | Medicações em uso:              |

## 3. HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

Qual é a principal (motivo da internação hospitalar)

Queda de moto sem proteção ante-

## 4. AVALIAÇÃO GERAL

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

## 5. EXAMES LABORATORIAIS SOLICITADOS:

Raio X anteriores direito AP e perfil

## 6. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGÍCAS

## REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

Nível de consciência: (X) Consciente ( ) Orientado ( ) Confuso ( ) Letárgico ( ) Torporoso ( ) Comatoso ( ) Outro

Mobilidade Física: (X) Preservada ( ) Paresia ( ) Plegia ( ) Paraparesia Local:

Linguagem: Alteração: ( ) Qual? ( ) Disfonia ( ) Afasia ( ) Disfásia ( ) Disartria

OBS.:

## OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea ( ) Cateter Nasal ( ) Venturi % l/min ( ) Traqueostomia ( ) Máscara Reservatória

( ) Eupnéxico ( ) Taquipnéxico ( ) Bradipnéxico ( ) Dispnéia ( ) Outros

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presentes: ( ) 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:

## PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

## SEGURANÇA FÍSICA

(X) Tranquilo ( ) Agitado ( ) Agressivo ( ) Risco de queda Observação:



14/ABR/2019 10:10:13

JOSÉ DEIVID PRAXEDES ALVES,

20190414-01-0003

14/ABR/2019 10:08:17 Artebrago D, Lateral

Artebrago D, Lateral

D



Hospital Regional de Patos - RX

EL-5750

70 %

EL-5740

74 %



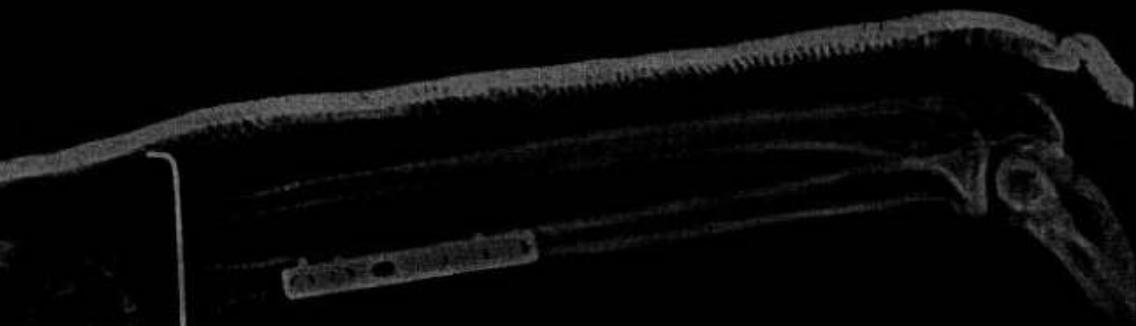
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 16:15:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071516151236300000043528757>

Número do documento: 21071516151236300000043528757

Num. 45809124 - Pág. 24

Aq

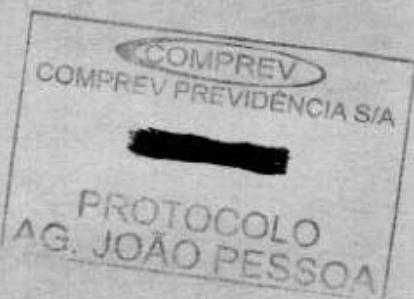
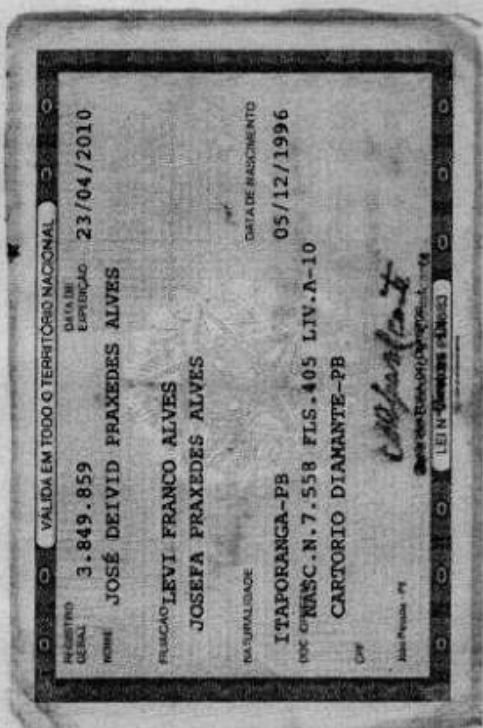


JURAMENTO  
PREFEITO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 16:15:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071516151236300000043528757>  
Número do documento: 21071516151236300000043528757

Num. 45809124 - Pág. 25



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 16:15:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071516151236300000043528757>  
Número do documento: 21071516151236300000043528757

Num. 45809124 - Pág. 26



15 AGO. 2019

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

**PROTÓCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

**energisa**  
ENERGISA PARAÍBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av. 250, Km 35 - Centro Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58007-000  
CNPJ 00.008.192/0001-40 - Ins. Est. 18.015.822-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 034748-617  
Cód. para Débito Automático: 00000288328

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RAN |
|-------------------|--------------|----------------------------------|----------------|
| Maio / 2019       | 13/05/2019   | 11/06/2019                       | 038.247.064-09 |

**UC (Unidade Consumidora):** 5/28252-5

**Canal de contato:** [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

**PROTÓCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA

| Anterior   | Atual                         | Constante                        | Consumo  | Dia |
|--|-------------------------------|----------------------------------|----------|-----|
| Data: 11/04/19 Lediaria: 2740  | Data: 13/05/19 Lediaria: 3836 |                                  | 7 100 32 |     |
| <b>Demonstrativo</b>   |                               |                                  |          |     |
| Quatros Totais: Venda Direta - Venda Direta - Alm. Icma - Faz. Cico - Faz. Pd - Com. Pd - Transf. Total(GD) CIMA(ND) ICMA Pdv/Cima(RD) E57109LW47520 |                               |                                  |          |     |
| 0001 Consumo em kWh  | 188.000 0.847260              | 168.38 27 43.19 158.98 1.56 7.15 |          |     |
| 0001 Alm. E. Amista  |                               | 1.13 1.13 27 0.30 1.13 0.01 0.05 |          |     |
| <b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>  |                               |                                  |          |     |
| 0002 CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA  | 16.72                         | 0.00 0 0.00 0.00 0.00            |          |     |
| 0004 JUROS DE MORA 04/2019   | 0.25                          | 0.00 0 0.00 0.00 0.00            |          |     |
| 0005 MULTA 04/2019   | 2.02                          | 0.00 0 0.20 1.00 0.00 0.00       |          |     |

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETINAN - PB  
CERTIFICADO DE REGISTRO 2014806001537983 Y FICUO  
Nº 1 0017780477-7 007000000000 2018

LEVI FRANCO ALVES

PB Nº 013027338853 BILHETE DE SEGURO DPVAT

LEVI FRANCO ALVES.

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 1204

59397470134 NPY2130 / PB

NOVO PB 9C2KC155UDAR014885

PAS/MOTOCICLETA/RÁO APLIC CARSOLINA

HONDA/CG 150 "PAN ESI 2009 70101

2 P/149 /CI PARTIC VERMELHO AMARELO

COTAS UNICA 00940070060 1 VENDE / GOSTA —

P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 2

A COTAS UNICA 00940070060 1 VENDE / GOSTA —

2 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 3

3 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 4

4 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 5

5 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 6

6 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 7

7 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 8

8 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 9

9 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 10

10 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 11

11 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 12

12 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 13

13 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 14

14 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 15

15 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 16

16 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 17

17 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 18

18 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 19

19 P VERMELHO U PRINCIPALMENTE COTAS — 20

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU PRA SUA CARGA, A PESSOAS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

2016 25/01/2017

EXPIRAÇÃO DATA EMISSÃO

LEVI FRANCO ALVES

PLACA

REGRAS

MUNICÍPIO

NPY2130

LEVI FRANCO ALVES

PLACA

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190481144 Cidade: Itaporanga Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JOSE DEIVID PRAXEDES ALVES Data do acidente: 13/04/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO RÁDIO DIREITO. P2/13

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. P6 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR 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 LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO MÉDICO (PÁGINA 1) DATADO DE 01/08/2019, PELO DR. WRYELL GOMES MUNIZ, CRM: 11480.

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 funcional completa de um dos membros superiores | 70 %   | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
|   |  | Total  | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 16:15:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071516151236300000043528757>  
Número do documento: 21071516151236300000043528757

Num. 45809124 - Pág. 29

CARTA A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT

Itaporanga/PB, 01 de Agosto de 2019.

**BENEFICIÁRIO:** José Deivide Proxeder Alves

**CPF:** 109 684 644 67

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSEP nº 332 de 09/12/2015,§ 4º (O procurador a que se refere o parágrafo anterior deve ter poderes específicos reclamar o DPVAT, inclusive para apresentar e firmar documentos, direito que lhe é assegurado pela legislação).

Eu: Edilson Rodrigues dos Santos, brasileiro, casado, autônomo, portador do CPF: 039.247.064-09, podendo ser localizado na Rua: Euívio Figueiredo, nº 22, Centro, Itaporanga/PB, bem como ser contratado pelo telefone (83) 999471520 e/ou endereço eletrônico sertão.assessoria@hotmail.com, atuando como bom e fiel Procurador do beneficiário: José Deivide Proxeder Alves, portador do CPF: 109 684 644 67.

Senhor Analista, venho respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria, com base no Art: 92 e 94, do Código de Ética Médica (Art. 92: assinalar laudos periciais, auditorias ou verificação médico-legal quando não tenha realizado o exame pessoalmente. Art 94: intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado reservando suas observações para relatório), que o beneficiário acima identificado seja encaminhado ao setor de perícia e que o parecer relativo as suas sequelas não sejam classificadas, apenas por médicos que não o examinem-no pessoalmente, por isso, ratifico meu pedido com respaldo no Art. 5º da Lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974 (Art. 5º o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado), a fim de garantir um direito ao qual se faz jus.

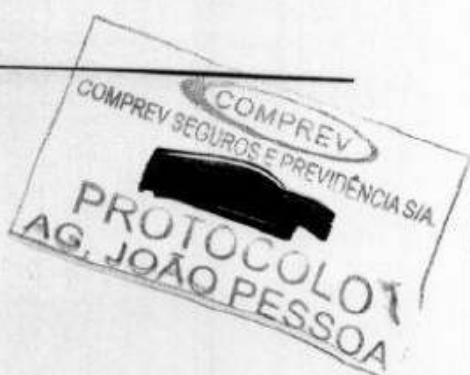
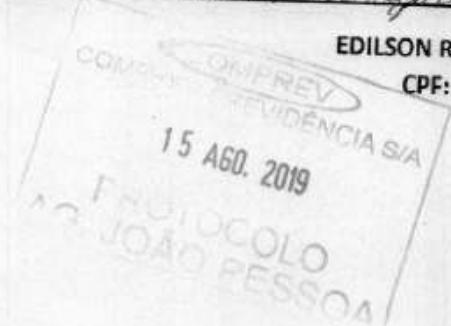
O documento segue assinado por mim, EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS.

O referido é verdade. Dou fé.

Certo de atendido, agradeço antecipadamente.

Edilson Rodrigues dos Santos

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS  
CPF: 039.247.064-09





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE ITAPORANGA/PB**

Processo n.º 08000366620208150211

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **JOSE DEVID PRAXEDES ALVES**, 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:

**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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 16:15:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071516151357500000043528759>  
Número do documento: 21071516151357500000043528759

Num. 45809126 - 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,

ITAPORANGA, 8 de julho de 2021.

**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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 15/07/2021 16:15:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071516151357500000043528759>  
Número do documento: 21071516151357500000043528759

Num. 45809126 - Pág. 2