

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09542.01.2018.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09542.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:40 horas do dia 07 de dezembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Geovandro Soares da Silva**, CPF nº 047.935.964-44, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Anadete Soares da Silva e Ivanildo Menezes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 23/08/1981 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Dos Milagres, Nº 109, complemento CASA B, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Mercadinho do Bio Costa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98682-6190.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av da Fraternidade, Mercadinho Bio Costa, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/08/17 09:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: DAFRA/SPEED 150, ano 2010/2011 de cor preta, placa: NQC 0338/PB, chassi nº 95VCA4F5ABM00503, registrado em nome de Jandira Pereira dos Santos-CPF 805.065.854-68 CONHECIDA DO NOTIFICANTE; QUE seguia normalmente, quando um outro veículo tipo motocicleta, foi ultrapassar um ônibus e sem ter a devida atenção acabou por colidir com o notificante, e logo após evadiu do local sem prestar socorro deixando o notificante no chão; Que devido ao fato veio lesionar-se conforme LAUDO MEDICO, EXPEDIDA PELO DRª EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, datado de 01/12/2018, do Hospital, de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena para onde foi Socorrido(a) pelo SAMU; QUE não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar

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

João Pessoa/PB, 07 de dezembro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


GEOVANDRO SOARES DA SILVA
Noticiante


Procedimento Policial: 09542.01.2018.1.00.401





**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

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



**SAMU
192**
REGIONAL JOÃO PESSOA

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

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 812/033, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1792529, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **GEOVANDRO SOARES DA SILVA** idade 37 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto)** no dia 16/08/2018 na Av. da Fraternidade, Bairro: Cristo - João Pessoa - aproximadamente às 09:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 07 de Dezembro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS nº 28133-1011

SAMU 192 JP
Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





GO

VERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

ETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

OSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA

**LAUDO MÉDICO****INFORMAÇÕES PESSOAIS****NOME DO PACIENTE** GEOVANDRO SOARES DA SILVA**DADOS DE NASCIMENTO** 23/08/81**NOME DA MÃE** ANADETE SOARES DA SILVA**DADOS EXTRAÍDOS****BOLETIM DE ENTRADA N.º** 1.020.947**Nº PRONTUÁRIO****DATA DO ATENDIMENTO** 16/08/17**HORA DO ATENDIMENTO** 10:40**MOTIVO DO ATENDIMENTO** ACIDENTE DE MOTOCICLETA**DIAGNÓSTICO (S)** TCE LEVE + FRATURA COMPLEXA DA ESCÁPULA D + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS**CID 10** S 00.9 + S 42.1 + T 07**AValiação Inicial:**

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto), apresentando dor e escoriações em ombro D + dor torácica D com deformidade anterior e ventilatório dependente. Relato de hálito etílico. Glasgow 14/15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
TC do ombro D
RX da coluna cervical - AP e P
RX do ombro D - AP
RX do tórax - AP
RX da coluna lombar - AP e P

**TRATAMENTO:**

Fratura complexa da escápula à TC e RX do ombro. Sem alteração à TC do crânio e aos outros RX. Realizado atendimento, medicação e imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia, Ortopedia, Cirurgia Torácica e da Cirurgia Geral.

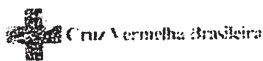
ALTA HOSPITALAR: 17/08/17**DATA DA EMISSÃO:** 01/12/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM: 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Boletim de Atendimento: 1020947



Identificação do paciente			
ID 203639	Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 35 anos 11 meses 24 dias	Estado civil	Religião
Mãe ANADETE SOARES DA SILVA	Pai IVANILDO MENEZES DA SILVA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) EDILMA RAMOS - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986777438	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2812009	Nº Cns 702005807192983	
Local de procedência CRISTO REDENTOR	Tipo BAIRRO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58070530	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596
Número SN	Complemento	Bairro CRISTO REDENTOR	
Admissão			
Data e Hora 16/03/2017 10:04:40	Número da pulseira 1000006188640	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA x 60/42 137-81 mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente consciente, orientado, eupneico, vítima de acidente motociclistico, apresentando dor em torax e M.O.D. segue p/ exames.			
Diagnóstico			CID
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO			Tempo 01min 13seg

Imprimir

USA: HALDOL + RIVOTRIL

16/03/2017 10:04



17/08/2017

HEESHL - PRIMEIRO ATENDIMENTO - PRONTUARIO ELETRÔNICO - TiMed



Histórico de Exames Do Prontuário

Tipo de evento	Quantidade	1	ADICIONAR
IMPRIMIR			
IMPRIMIR			
IMPRIMIR	Mostrar a descrição do CID10 na impressão do atestado		Mostrar a CID10 na impressão do atestado

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

ASSINAR FINALIZAR IMPRIMIR REIMPRIMIR BOLETIM ENCAMINHAR

POSTO I A Endereço: INTERNO, S/N, JOAO PESSOA - PB. 11111111 Tel: CNES: 454546					
Paciente GEOVANDRO SOARES DA SILVA		BAE 1020947		Data/Hora Entrada 16/08/2017 10:04:40	
Data de nascimento 23/08/1981		Idade 35		Sexo Masculino	
Mãe ANADETE SOARES DA SILVA		Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN		Telefone de Contato (83) 986777438 / (83) 986242635	
Bairro CRISTO REDENTOR		Município JOAO PESSOA		Prontuario 3735	
Acidente MOTO X MOTO		Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		UF PB	
Data/Hora Classificação 16/08/2017 10:10:52		Profissional RODOLFO LUCIO ALVES TITO		N° Cons. Regional 7191/PB	
Data/Hora Prescrição					

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, REFERINDO DOR TORÁCICA VENTILATÓRIA DEPENDENTE. APRESENTA RADIOGRAFIA DE TÓRAX COM OPACIDADE EM 1/3 INFERIOR EM HTX. C. TOMOGRAFIA DE TORAX SEM ALTERAÇÕES CD: ALTA DA CIRURGIA TORÁCICA.

Dados coletados anteriormente **utilizar na impressão?**

Dr. Rodolfo Lucio Alves Tito
 Cirurgião Torácico/Broncoscopia
 CRM/PB: 7191

RODOLFO LUCIO ALVES TITO
(7191/PB)

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Após realizar a ASSINATURA de uma prescrição ou IMPRIMIR, ela não poderá mais ser alterada.

FINALIZAR IMPRIMIR REIMPRIMIR BOLETIM

72.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do

27





REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome GEOVANDRO SOARES DA SILVA		
Data de 23/08/1981	Nº Boletim Emergência 1020947	Prontuario 3735
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO (TCE)		
<div>CRÂNIO 16-08-17 15-18 Wosley</div> <div>18 FEV. 2019 CORRETORA DE SEGUROS L. E. ASSOLUSONIA</div>		
		16 de Agosto de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

*1 preencher cópias separadas para imagem e laboratório anáises clínicas



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente GEOVANDRO SOARES DA SILVA	BAE 1020947	Data/Hora Entrada 16/08/2017 10:04:40	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 702005807192983
Mãe ANADETE SOARES DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986777438 / (83) 986242635
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	Prontuário 3735
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS	UF PB
Data/Hora Classificação 16/08/2017 10:10:52		Data/Hora Prescrição 16/08/2017 14:32:43	Nº Cons. Regional 6028/PB

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. AO EXAME: GLASGOW 14/15, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. SEM CERVICALGIA À PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA. RX DE COLUNA CERVICAL / TORÁCICA E LOMBAR: ALINHAMENTO PRESERVADO, SEM SINAIS DE FRATURA. CD: SOL. TC DE CRÂNIO.

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

Conduta

Em observação

LEONARDO PEREIRA DA COSTA MATIAS
(6028/PB)

GEOVANDRO SOARES DA SILVA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente GEOVANDRO SOARES DA SILVA	BAE 1020947	Data/Hora Entrada 16/08/2017 10:04:40	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 702005807192983
Mãe ANADETE SOARES DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986777438
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN	Bairro CRISTO REDENTOR	Município JOAO PESSOA	Prontuário 3735
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ	UF PB
Data/Hora Classificação 16/08/2017 10:10:52		Data/Hora Prescrição 16/08/2017 10:15:31	Nº Cons. Regional 10271/PB

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. APRESENTA HÁLITO ETÍLICO, ESCORIAÇÕES EM OMBRO DIREITO. QUEIXA DE DOR EM OMBRO DIREITO E ARCOS COSTAIS A DIREITA. REFERE TER PNEUMOPATIA PELO FUMO, NÃO SABE REFERIR O QUE. REFERE USO DE HALDOL E AMITRIPTILINA. AO EXAME CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO. TORAX SIMETRICO, COM DOR A PALPAÇÃO DE ARCOS COSTAIS À DIREITA E DEFORMIDADE EM CAIXA TORACICA ANTERIOR, SEM CREPTAÇÃO, SEM ENFISEMA SUBCUTANEO. ABOME FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO. DOR À PALPAÇÃO EM COLUNA CERVICAL E LOMBAR. MEMBROS COM MOVIMENTO ATIVO, SEM DOR E SEM LIMITAÇÃO. CD: SOLICITO RX COLUNA CERVICAL E LOMBAR + RX OMBRO DIREITO + RX TORAX + AVALIAÇÃO NCR E ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO GLICOSADA 5% DE 500ML, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0.0 (MGTSM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: + 100 ML SF 0,9%)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL PERFIL

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA

CID10

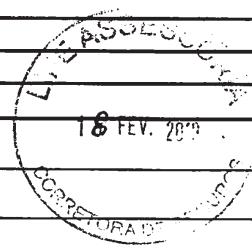
Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

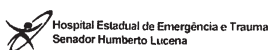
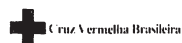
Conduta

Em observação

Olga Lacerda Mariz
Médica Residente - Cirurgia Geral
CRM - PB 11271

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ
(10271/PB)





RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
GEOVANDRO SOARES DA SILVA	23/08/1981	35	MASCULINO	1020947	3735	16/08/2017 10:15:31
Motivo do Atendimento	Setor	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a		
ACIDENTE DE MOTOCICLETA				16/08/2017 10:15:31		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

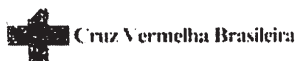
Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apazamento
1 SOLUÇÃO GLICOSADA 5% DE 500ML	1000.0	ML		E.V.		AGORA		
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA	Observação: + 100 ML SF 0,9%	
3 PARECER ORTO	0.0							
4 SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA	0.0							

OLGA MARIA SANTANA LACERDA MARIZ
CRM: 10271

Olga Lacerda Mariz 16 de Agosto de 2017
Médica Residente - Cirurgia Geral
CRM - PB 10.271

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente GEOVANDRO SOARES DA SILVA	BAE 1020947	Data/Hora Entrada 16/08/2017 10:04:40	Data Baixa
Data de nascimento 23/08/1981	Idade 35	Sexo Masculino	CNS 702005807192983
Mão ANADETE SOARES DA SILVA			Telefone de Contato (83) 986777438 / (83) 986242635
Endereço DOS MILAGRES - ATÉ 1595/1596, SN			Prontuário 3735
Bairro CRISTO REDENTOR			UF PB
Município JOAO PESSOA			Nº Cons. Regional 4288/PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA	
Data/Hora Classificação 16/08/2017 10:10:52		Data/Hora Prescrição 16/08/2017 22:06:43	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU VÔMITOS. AO EXAME: GLASGOW 14/15, PUPILAS ISO/FOTO, MOVIMENTANDO OS 4 MEMBROS. SEM CERVICALGIA À PALPAÇÃO / MOVIMENTAÇÃO ATIVA. RX DE COLUNA CERVICAL / TORÁCICA E LOMBAR: ALINHAMENTO PRESERVADO, SEM SINAIS DE FRATURA. CONCLUSÃO: TCE GLASGOW 15P CONDUITA: TC DE CRÂNIO SEM EVIDÊNCIA DE PATOLOGIAS NEUROCIRÚRGICA EM OBSERVAÇÃO

CID10

Código	Descrição
S09.9	Traumatismo não especificado da cabeça

Conduta

Em observação

MAURUS MARQUES DE ALMEIDA HOLANDA
(4288/PB)

GEOVANDRO SOARES DA SILVA





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

Atendimento: 000000715411

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Idade: 35 anos

Data: 16/08/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO OMBRO DIREITO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fratura complexa do corpo da escápula, sem comunicação com a articulação.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 16/08/2017 14:06 .



Dr. Phydias L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB





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

Atendimento: 000000716258

Idade: 35 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data: 16/08/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Parênquima cerebral com morfologia e coeficientes de atenuação normais.

Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura do osso nasal.

Hemossinus.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Este laudo foi liberado em 16/08/2017 17:02.



Dr. Phydias L. F. de Carvalho
CRM 6933 - PB





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000717903

Idade: 35 anos

Paciente: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Data: 17/08/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar complementado com técnica de alta resolução.

Análise:

Redução volumétrica do pulmão esquerdo associada a retração das estruturas mediastinais e hiperinsuflação compensatória do pulmão direito.

Áreas de espessamento intersticial de aspecto fibrótico no pulmão esquerdo.

Espaços pleurais virtuais.

Traquéia, carina e brônquios principais com situação, calibre e contornos normais.

Relação artéria-brônquio preservada (aproximadamente 1).

Veia cava superior, veia cava inferior, aorta e tronco da pulmonar com situação, dimensões e contornos normais.

Coração com situação, morfologia e contornos normais.

Ausência de sinais de linfonomegalia mediastinal ou peri-hilar.

Glândulas adrenais de morfologia e dimensões normais.

Deformidade do sexto ao oitavo arcos costais esquerdos, podendo estar relacionada a manipulação cirúrgica.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.



Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB

Este laudo foi liberado em 21/08/2017 13:55.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0054879/19

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

CPF: 047.935.964-44

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/08/2017

Titular do CPF: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEOVANDRO SOARES DA SILVA : 047.935.964-44

- Autorização de pagamento •
- Comprovante de residência •

Sinistro - 3190/343938

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/02/2019
Nome: GEOVANDRO SOARES DA SILVA
CPF: 047.935.964-44

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0059567/19

Vítima: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

CPF: 047.935.964-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/08/2017

Titular do CPF: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEOVANDRO SOARES DA SILVA : 047.935.964-44

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/02/2019
Nome: GEOVANDRO SOARES DA SILVA
CPF: 047.935.964-44

GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Geovandio Soares da Silva
 DATA DO ACIDENTE 16/03/2017 CPF DA VÍTIMA 047.933.964-44
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É Geovandio Soares da Silva
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua dos Uruguaios
 Nº 102 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Cruxta
 CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58073260
 E-MAIL _____ TELEFONE 83.986826190

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

NTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 16/03/2017IDENTIDADE 2812.009ASSINATURA Geovandio Soares da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



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: 00 59567/89 CPF da vítima: 047935964-44 Nome completo da vítima: Geovandro Soares da Silva

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

Nome completo: Geovandro Soares da Silva CPF: 047935964-44

Profissão: Vigilante Endereço: Rua dos Milagres Número: 152 Complemento:

Bairro: Cristo Cidades: João Pessoa Estado: PB CEP: 58071-260

E-mail: Tel. (DDD): 986826190

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

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 88003 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: João Pessoa 28/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

V001/2018



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: Geovandro Soares da Silva
Francisco Regalonte
CPF/MF: 047935964-44 RG: 2812009 SSP/PB
Endereço: Rua Dos Milagres 109 Cusão
Redenção CEP. 58000000 J. Pessoa PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 20 de junho de 2020.

Geovandro Soares da Silva
Outorgante



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.812.009 -2 VIA EXPEDIÇÃO DATA DE 14/11/2014

NOME GEOVANDRO SOARES DA SILVA

FILIAÇÃO IVANILDO MENESES DA SILVA

ANADETE SOARES DA SILVA

NATURALIDADE

DOC ORIGEM

JOÃO PESSOA-PB

NASC. N 22034 FLS. 300V LIV. A-21

CPF CARTÓRIO 3º JOÃO PESSOA/PB

047.935.964-44

Assinatura do Titular

LEI Nº 7.116 DE 2008/83

DATA DE NASCIMENTO 23/08/1981

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

ESTADO DO PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

02-02-P-005

Assinatura do Titular





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

MATRICULA
370703
REFERENCIA
OUT 2017

COTA DE CONSUMO DE AGUA, ESGOTO E SERVICOS

ANADILE SOARES DA SILVA
RUA DOS MILAGRES, 102 - CRISTO REDENTOR JOAO
PESSOA - PB 58071-260

Inscrição	SNIF	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Pública	
101 020 030 0355 000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
101 030 150	15/04/2007	INTERNO	ECORTADO	POTENCIAL		



Vistos, etc.

Considerando a impossibilidade de audiência na mediação por falta de perícia passo a decidir:

Nos termos do **Convênio n. 015/2014** celebrado entre o Tribunal de Justiça e a Mafre Seguros Gerais S/A, **determino a designação de audiência de conciliação entre as partes com a realização de perícia** a cargo da Seguradora, neste Juízo e Fórum Cível de João Pessoa.

Para tanto, determino a escrivania a nomeação perito judicial constante dos quadrados do Tribunal de Justiça, nos termos da Cláusula primeira, item 1.2, que deverá ser intimado para comparecer a audiência e realização da perícia, ficando facultado às partes a indicação de assistentes de perito, nos termos do Convênio.

O valor da perícia será de R\$ 200,00 (duzentos reais), a ser pago pela Seguradora, no prazo de 15 dias, a partir da intimação e antes da audiência.

Consigne-se que o não comparecimento injustificado das partes à audiência de conciliação é considerando ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revestida em favor da União ou Estado, nos moldes do art. 334, § 8º, do NCPC.

P. e Intimem-se as partes, devendo o Advogado do autor comparecer acompanhado de seu constituinte.





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0814313-52.2020.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [Seguro]
Polo ativo: AUTOR: GEOVANDRO SOARES DA SILVA
Polo passivo: REU: BRADESCO SEGUROS S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé, que deixei, no momento, de designar audiência e perícia, tendo em vista a determinação de suspensão e/ou cancelamento determinada pelo ato conjunto 002, e pelo provimento 313/2020, do CNJ.

JOÃO PESSOA, 4 de julho de 2020
ROSSANA COELI MARQUES BATISTA





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

0814313-52.2020.8.15.2001 [Seguro]
PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

ATO ORDINATÓRIO

De acordo com o art.93 inciso XIV¹, da Constituição Federal,e nos termos do art. 152 inciso VI,§1º do CPC², bem assim o art. 203 § 4º do CPC³, que delega poderes ao Analista/Técnico Judiciário para a prática de atos ordinatórios e de administração, c/c o provimento CGJ nº 04/2014, publicado em 01/08/2014, e da portaria 01/2015 da 7ª Vara Cível, procedo com:

Intimo o PERITO Dr. ÁLVARO VITORINO DE PONTES JÚNIOR, CRM PB 5453, para realizar as Perícias.

Intimo as partes através dos seus advogados para comparecer a perícia medica no dia 30 /10/2020, a partir das 14:00 horas, o atendimento será realizado por ordem de chegada, a Rua Manoel Bezerra Cavalcante, 47, Manaíra (Ponto de referência em frente a Praça Sílvio Porto), Fone: 83-3247 - 6465, CEP. 58.038-500, João Pessoa – PB **devendo a parte comparecer**, portando documento pessoal com foto, copia do boletim de ocorrência policial e atendimento médico e exames da inicial, no dia da perícia. Confirmar no whatsapp da 7ª Vara Nº 083 99144-6595.

Intimo a seguradora para no termo do convênio nº 015/2014, fazer o depósito no valor da perícia que será de R\$ 200,00 (duzentos reais), no prazo de 15 dias, a partir da intimação.

João Pessoa-PB, em 15 de outubro de 2020



MARIA JANDIRA UGULINO NETA

Analista/Técnico Judiciário

¹ Art. 93. Lei complementar, de iniciativa do Supremo Tribunal Federal, disporá sobre o Estatuto da Magistratura, observados os seguintes princípios:

XIV os servidores receberão delegação para a prática de atos de administração e atos de mero expediente sem caráter decisório; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 45, de 2004)

² Art. 152. Incumbe ao escrivão ou ao chefe de secretaria: VI - praticar, de ofício, os atos meramente ordinatórios. § 1º O juiz titular editará ato a fim de regulamentar a atribuição prevista no inciso VI.

³ Art. 203. Os pronunciamentos do juiz consistirão em sentenças, decisões interlocutórias e despachos. § 4º Os atos meramente ordinatórios, como a juntada e a vista obrigatória, independem de despacho, devendo ser praticados de ofício pelo servidor e revistos pelo juiz quando necessário





7ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

()

Nº do processo: 0814313-52.2020.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)

Assunto(s): [Seguro]

MANDADO INTIMAÇÃO AUTOR

O MM. Juiz de Direito da 7ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que em cumprimento a este, intime a parte autora: Nome: GEOVANDRO SOARES DA SILVA, Endereço: Rua dos Milagres, 109, Cristo, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58071-260, para comparecer a perícia medica no dia 30/10/2020, **a partir das 14:00 horas, o atendimento será realizado por ordem de chegada, a Rua Manoel Bezerra Cavalcante, 47, Manaíra** (Ponto de referência em frente a Praça Sílvio Porto), Fone: 83-3247 - 6465, CEP. 58.038-500, João Pessoa – PB **devendo a parte comparecer**, portando documento pessoal com foto, copia do boletim de ocorrência policial e atendimento médico e exames da inicial, no dia da perícia. Confirmar no whatsapp da 7ª Vara Nº 083 99144-6595.

JOÃO PESSOA, em 15 de outubro de 2020.

De ordem, MARIA JANDIRA UGULINO NETA
Mat.



CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins que dei inteiro cumprimento ao presente mandado retro, após as formalidades legais, INTIMEI a parte indicada. GEOVANDRO SOARES DA SILVA, conforme consta neste mandado a sua assinatura. OBS. o mesmo poderá ser localizado também, através de seu telefone. 998635-4463, bem como, através do telefone de sua Genitora a Senhora. ANA. 98652-7902. O referido é verdade e Dou fé.

22 de outubro de 2020

HUMBERTO BEZERRA CAVALCANTI





7ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

()

Nº do processo: 0814313-52.2020.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [Seguro]

MANDADO INTIMAÇÃO AUTOR

O MM. Juiz de Direito da 7ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que em cumprimento a este, intime a parte autora: Nome: GEOVANDRO SOARES DA SILVA, Endereço: Rua dos Milagres, 109, Cristo, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58071-260, para comparecer a perícia medica no dia 30/10/2020, a partir das 14:00 horas, o atendimento será realizado por ordem de chegada, a Rua Manoel Bezerra Cavalcante, 47, Manaíra (Ponto de referência em frente a Praça Sílvio Porto), Fone: 83-3247 - 6465, CEP. 58.038-500, João Pessoa - PB **devendo a parte comparecer**, portando documento pessoal com foto, copia do boletim de ocorrência policial e atendimento médico e exames da inicial, no dia da perícia. Confirmar no whatsapp da 7ª Vara Nº 083 99144-6595.

JOÃO PESSOA, em 15 de outubro de 2020.

De ordem, MARIA JANDIRA UGULINO NETA
Mat.



Assinado eletronicamente por: MARIA JANDIRA UGULINO NETA

15/10/2020 13:02:10

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ID do documento: 35501503



Geovandro Soares da Silva

20101513020805700000033915476





Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número do Processo: 0814313-52.2020.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [Seguro]
Polo ativo: AUTOR: GEOVANDRO SOARES DA SILVA
Polo passivo: REU: BRADESCO SEGUROS S/A

CERTIDÃO

Certifico que juntei o laudo do perito, realizado no dia 30/10/2020. O referido é verdade e dou fé.

JOÃO PESSOA, 3 de novembro de 2020
MARIA JANDIRA UGULINO NETA



PROCESSO Nº 0214313-52-2020.8.15

**AVALIAÇÃO MÉDICA
PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE**

(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/8/2009 que altera a Lei 6.194 de 14/12/1974)

Nome completo: 650 VANDERSON SOARES DA SILVA & BENEDITO SOARES
CPF: 047.935.964-44 (047.935-964-44) SIA.
Endereço completo: RUA CONSULATINA, 109, CASA B, CENTRO,
JUATUBA - PB

Informações do acidente

Local: Av. Francisco Manoel
Data do Acidente: 16/08/2017 (16/08/2017)

Concordância com a realização da avaliação médica

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicados, são verdadeiras e que compareci, por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de verificação do grau de invalidez permanente em razão do processo judicial nº _____, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na 1ª Vara Cível ou JEC da Comarca de J. P. M. / PB, 30/07/2020 de 2017.

Generoso Soares da Silva
Assinatura da vítima

Avaliação Médica

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim ☐ Não ☐ Prejudicado

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa.

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(regiões) corporal(is) encontra(m)-se acometida(s)?

OMBRO DIREITO

b) as alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

SIM. ATUANDO

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim ☒ Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

Scanned by CamScanner

PROCESSO Nº 0814313-52.2020.8.15.2001

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ disfunções apenas temporárias
- b) ☒ dano anômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Limitação funcional nos movimentos
no membro direito

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou tratamento, faz-se necessário exame complementar?

☐ Sim, em que prazo:

☒ Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa do item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptíveis a tratamento como sendo gerador(es) de dano(s) anômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total
(Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima)

b) ☒ Parcial
(Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1 ☐ Parcial Completo (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 ☒ Parcial Incompleto (Dano anômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau de incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com relação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento anômico	Marque aqui o percentual			
1º Lesão <u>ombro direito</u>	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input checked="" type="checkbox"/> 75% Intensa
2º Lesão _____	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
3º Lesão _____	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa
4º Lesão _____	<input type="checkbox"/> 10% Residual	<input type="checkbox"/> 25% Leve	<input type="checkbox"/> 50% Média	<input type="checkbox"/> 75% Intensa

Observação: Havendo acordo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentado:

Local e data da realização do exame médico:

J. P. ROSA 27/11/2020 de 2017

Assinatura do médico - CRM

Dr. Alvaro V. de Pontes Junior
CRM 10.123

30 de outubro de 2020

PERÍCIA MÉDICA

PROCESSO: nº. 0814313-52.2020.8.15

Reclamante: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Reclamado: BRADESCO SEGUROS S/A

Em 30 de outubro de 2020 compareceu ao consultório médico o Sr. GEOVANDRO SOARES DA SILVA para realização da perícia médica, com laudo em formulário próprio anexo a este documento onde constatei:

- LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO OMBRO DIREITO (MOVIMENTOS DE FLEXÃO, EXTENSÃO E ROTAÇÃO) DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO EM 16 DE AGOSTO DE 2017 LEVANDO A PERDA FUNCIONAL PARCIAL INCOMPLETA DO OMBRO DIREITO DA ORDEM DE 75% (INTENSA).



ÁLVARO VITORINO DE PONTES JÚNIOR

CRM/PB 5453 – RQE 6157

Scanned by CamScanner



EXM^o. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA -
TJPB

PROCESSO: nº. 0814313-52.2020.8.15

Reclamante: GEOVANDRO SOARES DA SILVA

Reclamado: BRADESCO SEGUROS S/A

ÁLVARO VITORINO DE PONTES JÚNIOR, brasileiro, casado, médico perito, com título de especialista pela AMB (Associação Médica Brasileira) em PERÍCIAS MÉDICAS, inscrito no CRM/PB sob o nº 5453, RQE 6157, vem, com o devido respeito, participar à Vossa Excelência o laudo pericial do reclamante em epígrafe ao mesmo tempo que solicita o pagamento dos honorários periciais via depósito bancário em conta corrente do Banco do Brasil, agência 8632-0, conta corrente 111159-0, e informa que já contribui sobre o teto do INSS e do ILS.

Nestes termos,

Pede deferimento

João Pessoa, 30 de outubro DE 2020


ÁLVARO VITORINO DE PONTES JÚNIOR
CRM/PB 5453 – RQE 6157

Scanned by CamScanner



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA - PARAÍBA.

GEOVANDRO SOARES DA SILVA, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, por seus advogados, devidamente constituídos, vem, à presença de Vossa Excelência, com o devido respeito, apresentar suas considerações sobre a petição e perícia realizada:

O promovente é vítima de acidente automobilístico, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis apuradas mediante perícia realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

A parte Autora compareceu para realização de perícia médica, atestando sua **debilidade ombro esquerdo 75%**, para fins de indenização do seguro DPVAT.



Ainda, em sede de contestação, aduz a seguradora ré que a parte Autora deixou de apresentar os documentos necessários para a regulação do sinistro quando do requerimento administrativo.

Ocorre que, A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS ALÉM DAQUELES DOS PREVISTOS EM LEI, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, POR ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

“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.”

Além disso a Lei nº 6.194/74, que instituiu o Seguro obrigatório – DPVAT, alterada pela Lei nº 8.441/92 e 11.482/2007, em seu conteúdo normativo não estabelece a necessidade de **esgotamento da esfera administrativa**, afim de pleitear o recebimento do seguro, assim como não exige a negativa por parte das seguradoras que fazem parte do sistema, para tal fim. Como se não bastasse, a Constituição Federal de 1988, diferentemente da anterior, afastou a necessidade da chamada jurisdição condicionada ou instância administrativa de curso forçado, pois já se decidiu pela inexigibilidade de esgotamento das vias administrativas para obter-se o provimento judicial.

Diante o exposto, requer ao final, **JULGAR PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que



corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

João Pessoa, 06 de novembro de 2020.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968

