



Número: **0851696-98.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SIDNEI LAURENTINO DA SILVA (AUTOR)	MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO) HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
24046 131	02/09/2019 15:53	Petição Inicial	Petição Inicial
24046 142	02/09/2019 15:53	SEGURO	Documento de Comprovação
24046 143	02/09/2019 15:53	PROCURAÇÃO	Documento de Comprovação
24047 820	02/09/2019 15:53	DOC MÉDICA	Documento de Comprovação
24047 829	02/09/2019 15:53	BOLETIM DE OCORRENCIA	Documento de Comprovação
24047 840	02/09/2019 15:53	COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA	Documento de Comprovação
24047 844	02/09/2019 15:53	DOC IDENTIFICAÇÃO	Documento de Identificação
24574 171	19/09/2019 15:08	Despacho	Despacho
26234 084	14/11/2019 13:48	Petição	Petição
26234 087	14/11/2019 13:48	REQUERIMENTO ADM. SIDNEI	Documento de Comprovação
29413 168	27/03/2020 23:20	Despacho	Despacho
31427 764	10/06/2020 08:00	Não designação de audiência (COVID19)	Certidão
36179 113	03/11/2020 12:51	Des. audiência + perícia	Certidão
36179 504	03/11/2020 12:54	Expediente	Expediente
36179 521	03/11/2020 12:57	Carta	Carta
36179 545	03/11/2020 13:02	Carta	Carta

EXCELENTEÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA- PARAÍBA

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA, brasileiro, solteiro, motorista, portador do CPF sob o nº 552.515.874-49, residente e domiciliado na Rua da Brisa, 12, Gramame, João Pessoa/PB, CEP 58069-386, não possui endereço eletrônico, por seus advogados que ao final assinam, constituído legalmente nos termos do Instrumento de Procuração, com endereço profissional à Rua João Luiz Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa-PB, vêm à presença de Vossa Excelência, com fulcro nos art. 5.º, V, X, da Constituição Federal de 1988, e demais legislações pertinentes, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT

em face de MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A, empresa seguradora com sede na Capital do Estado da Paraíba, na Av. Epitácio Pessoa, nº 723, Bairro dos Estados, João Pessoa-PB, CEP: 58.030-000, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 61.074.175/0001-38, fazendo com base nos argumento fático-jurídico adiante delineados.



I - DOS FATOS E DO DIREITO

A parte autora foi vítima de acidente automobilístico em 18/09/2018, tendo sofrido FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR ESQUERDO, tendo se submetido a tratamento cirúrgico, o que acarretou nas seguintes debilidades permanentes: **DEBILIDADE PERMANENTE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO DE LOCOMOÇÃO, DADA A GRAVIDADE DAS LESÕES**, conforme se verifica através de documentação anexa (V. docs);

O autor, então, deu entrada administrativamente no seguro DPVAT, através de uma das seguradoras conveniadas à Seguradora Líder. Tendo se submetido a procedimento demasiadamente burocrático, inclusive com realização de perícia por médico indicado pela Seguradora reguladora do sinistro, recebeu o ínfimo valor de **R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)**, muito aquém do estipulado em lei. Desse modo, a fim de garantir o que é seu por direito e não restando outra alternativa para tanto, a promovente busca a tutela jurisdicional.

Outrossim, dê-se devida atenção, excelência, que a parte demandante só recebeu o benefício após decurso do prazo previsto em lei, qual seja: o de 30 (trinta) dias, nos termos do § 1º do art. 5º da Lei 6.194/1974, *in verbis*:

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.

§ 1º. A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (grifei)

II – QUANTO A AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML

Douto julgador, a Lei 6.194/74 que regula a cobrança do seguro DPVAT não exige Laudo do IML como requisito para o ajuizamento da ação em questão. Portanto, importa observar os documentos carreados aos autos, os quais são suficientes para comprovar as sequelas sofridas em razão do acidente. Corrobando tais premissas estão os arts. 369 e 370 do Novo Código Processo Civil:



Art. 369. As partes têm o direito de empregar todos os meios legais, bem como os moralmente legítimos, ainda que não especificados neste Código, para provar a verdade dos fatos em que se funda o pedido ou a defesa e influir eficazmente na convicção do juiz.

Art. 370. Caberá ao juiz, de ofício ou a requerimento da parte, determinar as provas necessárias ao julgamento do mérito.

No mesmo sentido o art. 5º da Lei 6.194/74:

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.

Sendo assim, o Juiz não está diretamente ligado a uma prova específica, no caso o laudo do IML, ao contrário, caberá ao juízo a determinação de provas que tenham o condão de formar a justeza do magistrado, não podendo a análise da pretensão deduzida pelo Autor ser afastada.

Desse modo se posiciona a jurisprudência pátria, *in verbis*:

AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO DPVAT - AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - IRRELEVÂNCIA - INÉPCIA DA INICIAL - NÃO OCORRÊNCIA - RECURSO DE APELAÇÃO PROVIDO -

Para a propositura de ação de cobrança do seguro DPVAT **não é indispensável a juntada, com a inicial, de laudo do IML**, motivo por que não se pode falar em inépcia da inicial, em ação de tal natureza, tão só porque não veio instruída com tal documento.

(TJ-MG - AC: 10024123336687001 MG, Relator: Evandro Lopes da Costa Teixeira, Data de Julgamento: 15/05/2014, Câmaras Cíveis / 17ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 27/05/2014). (grifei).

PROCESSUAL CIVIL. APELAÇÃO. SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT. IMPOSSIBILIDADE DO PAGAMENTO DA DIFERENÇA. AUSÊNCIA DE



LAUDO DO IML. DESNECESSIDADE. LAUDO CONCLUSIVO DA DEBILIDADE PERMANENTE. SENTENÇA MANTIDA.

I - Conforme entendimento jurisprudencial emanado do Colendo STJ, admite-se que decisões judiciais adotem manifestações exaradas no processo em outras peças, desde que haja um mínimo de fundamento, com transcrição de trechos das peças às quais há indicação (per relationem). Precedentes (REsp 1399997/AM). II - A existência de laudo do IML não é exigência de convencimento ao Juiz, que deverá convencer-se da verdade pelos documentos e laudos apresentados, podendo requerer outras provas e indeferir as protelatórias, sob pena de ressurgimento do odioso sistema de prova tarifada. Portanto, não há falar em nulidade, anulação ou reforma da sentença, considerando laudo conclusivo da gravidade das perdas da Apelada, o qual em verdade deve ser interpretado como invalidez para as atividades normais. Assim, o recurso deve ser desprovido. III ? Recurso conhecido e desprovido. Sentença mantida.

(TJ-AM - APL: 06349106220138040001 AM 0634910-62.2013.8.04.0001, Relator: Wellington José de Araújo, Data de Julgamento: 14/12/2015, Segunda Câmara Cível, Data de Publicação: 17/12/2015). (grifei).

PROCESSO CIVIL - AÇÃO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT - INDEFERIMENTO DA PETIÇÃO INICIAL - AUSÊNCIA DO LAUDO DO IML - EXTINÇÃO DO PROCESSO - APTIDÃO DA PETIÇÃO INICIAL - SENTENÇA CASSADA.

1. Uma petição inicial está apta a iniciar uma ação quando, além de preenchidos os requisitos do artigo 282 do CPC, permite à parte ex adversa a exata compreensão da demanda, possibilitando-lhe o exercício do contraditório como corolário da ampla defesa; e no caso vertente, é evidente a pretensão inicial e os fundamentos fáticos e jurídicos nos quais o autor/apelante a embasa, como já evidenciado. 2. **O laudo pericial do Instituto Médico Legal não é documento indispensável à propositura da ação de indenização do seguro DPVAT.**

(TJ-MG - AC: 10024123061673001 MG, Relator: Otávio Portes, Data de Julgamento: 10/04/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 28/04/2014). (grifei).

De se concluir, portanto, que referida ausência do laudo do IML não é capaz de afastar a pretensão da parte autora, já que não é documento essencial para a propositura da ação objetivando o recebimento de indenização referente ao seguro DPVAT.

III - DO VALOR RECEBIDO A MENOR



O valor que o autor recebeu não é suficiente para ampará-lo. Diante de tudo o que sofreu e sofre, haja vista ainda sofrer de dores e limitações, a gradação correta, ou seja, a gradação na forma como estabelece o inciso II do art. 3º da Lei 6.194/74, é o mais justo ao seu caso.

Art.3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 28 compreendem as indenizações por morte, **invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares**, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

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

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

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

Atente-se ainda que, além de descumprir a legislação quando paga indenização em quantia inferior ao devido por lei, a promovida age de igual modo ilicitamente quando, de forma descomedidamente burocrática, exige documentos desnecessários ao deslinde da questão, violando claramente o disposto no §1º do art. 5º da Lei 6.194/74, que diz:

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.

§1º. A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da liquidação do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entre dos seguintes documentos:

- a) certidão de óbito, registro da ocorrência no órgão policial competente e a prova de qualidade de beneficiários no caso de morte;
- b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com o seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais.



Por estes motivos tem-se este processo como objeto de lide no judiciário, manejando a parte demandante o seu *jus postulandi*, de modo a alcançar junto ao Poder Judiciário o que é seu por direito.

IV - DA INVERSÃO DO ÓNUS DA PROVA

Prescreve o inciso VIII do art. 6º do CDC:

Art. 6º. São direitos básicos do consumidor:

[...]

VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do Juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências;

Assim, indiscutível a aplicação das disposições do Código de Defesa do Consumidor à espécie, entre elas a supracitada regra especial que prevê o direito básico do consumidor à inversão do ônus da prova em caso de caracterização de sua hipossuficiência.

Tendo em vista a hipótese envolver cobrança de indenização decorrente de serviço securitário, que está incluído no rol daqueles que perfazem relação de consumo ([CDC](#), art. 3º, § 2º), sendo o autor hipossuficiente técnica e economicamente falando, requer, desde já, a concessão do benefício da inversão do ônus da prova, a fim de que a promovida seja compelida a apresentar o processo administrativo referente ao seguro obrigatório - DPVAT, caso haja, vez que toda documentação fica retida com a seguradora.

V - DO PEDIDO



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 02/09/2019 15:51:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090215511887400000023290793>
Número do documento: 19090215511887400000023290793

Num. 24046131 - Pág. 6

Assim, com fulcro na Lei 6.194/74 alterada parcialmente pela Lei 8.441/92, nos art. 186, 927 do CCB, no art. 6º, VI e VIII do CDC, no art. 161, § 1º do CTN, Resolução da SUSEP, requer:

- a) Que defira o requerimento de inversão do ônus *probandi*, em face da hipossuficiência da parte promovente;
- b) Que a audiência de conciliação prevista no artigo 334 do NCPC, seja designada após a realização da perícia nos termos do convênio firmado entre a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT e o Tribunal de Justiça da Paraíba, tendo em vista que as conciliações nas ações dessa natureza só ocorrem após a realização da perícia judicial;
- c) A citação da Ré para oferecer resposta no prazo legal, nos termos do artigo 335;
- d) A PROCEDÊNCIA TOTAL DA AÇÃO PARA QUE A EMPRESA SEGURADORA SEJA CONDENADA A PAGAR A QUANTIA QUE CORRESPONDE À DIFERENÇA ENTRE O VALOR LEGAL DE R\$ 9.450,00 (NOVE MIL QUATROCENTOS E CINQUENTA REAIS) E O MONTANTE PAGO ATÉ O MOMENTO, VALOR ESTE ACRESCIDO DE CORREÇÃO MONETÁRIA E JUROS DE MORA;
- e) Que o valor da condenação seja devidamente acrescido de juros e correção monetária, como determinam as Súmulas 43 e 54 do STJ, ou seja, a partir do evento danoso;
- f) Seja condenada a demanda em 20% referente a honorários advocatícios sobre o valor da condenação;
- g) A concessão do benefício da justiça gratuita, tendo em vista que o(a) autor(a) não apresenta atualmente condições financeiras suficientes para arcar com as custas processuais sem comprometer o seu sustento e da sua família, nos termos da Lei de nº 1.060/50 e do artigo 98 do NCPC;
- h) A produção de todos os meios de prova permitidos em direito, na amplitude dos artigos 369 e seguintes do NCPC, principalmente a juntada de documentos, realização de perícia, nos termos do convênio firmado entre a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT e o TJ/PB (convênio n. 015/2014), e etc;

Dando-se à causa o valor de R\$ 4.725,00 (Quatro mil setecentos e vinte e cinco reais).

João Pessoa, 22 de Agosto de 2019.



MARTINHO CUNHA MELO FILHO

OAB/PB 11.086

Hérica Coeli

OAB/PB 18.925



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 02/09/2019 15:51:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090215511887400000023290793>
Número do documento: 19090215511887400000023290793

Num. 24046131 - Pág. 8

LÍDER

Buscar no site

Seguro DPVAT
Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

- U/Pages + A 🔍
- Accesibilidade.aspx
- U/Pages
- Até os de:
Cidadania e Inclusão
- Documentos Despesas Médicas (Pages /Documentação-Despesas-Médicas.aspx)
- Documentos Invalidez Permanente (Pages /Documentação-Invalidez-Permanente.aspx)
- Documentos Morais (Pages /Documentação-Morais.aspx)
- Itens Indispensáveis U/Pages-Dicas-Indispensáveis-Para-Pedir-a-Indenização.aspx)

PAGUE TUDO

- Como Pagar U/Pages /Saiba-como-pagar.aspx)
- Consulta a Pagamentos Efetuados (Pages /Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. U/Pages /Acompanhe-o-Processo-de-Indenização.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para a documentação completa.

SINISTRO 3190256993 - Resultado de consulta por beneficiário:

VÍTIMA: SINEIRI LAURENTINO DA SILVA
COBERTURA: Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO: Comprev Previdência SA-Filial João Pessoa - PB
BENEFICIÁRIO: SINEIRI LAURENTINO DA SILVA
CPF/CNPJ: 52251587422

Posição em 16/08/2019 12:42:16
Descrição: No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui (<https://www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Data do Pagamento: Valor da Indenização Juros e Correção: Valor Total

16/04/2019	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00
------------	--------------	----------	--------------

Histórico das correspondências enviadas:

Data da Carta	Referência	Var. Carta
27/06/2019	REANALISE DO PEDIDO DE SEGURO DPVAT	(https://slsdpvadocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/8CQfcb24a9f1AWxZpZdg+...)
26/04/2019	PAGAMENTO INDENIZAÇÃO	(https://slsdpvadocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/0lqlnH2z1Dn2usRqww+...)
04/04/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	(https://slsdpvadocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/3cDiv5InwMhWPgyrXkg+...)
04/04/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	(https://slsdpvadocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Aw3JokWmXNaU1CjAlZpw+...)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

- App Store** (<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?mt=8&mt=8>)
- Google Play** (<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpavat.plataforma.digital>)



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA, brasileiro, solteiro, motorista, inscrito no CPF: 552.515.874 - 49, residente e domiciliado na Rua da Brisa, 12, Colina do Sul, João Pessoa - PB, pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui seus procuradores

OUTORGADO: Martinho Cunha Melo Filho, brasileiro, casado, ADVOGADO inscrito na OAB/PB 11086, Hérika Coeli da Silva Clementino, brasileira, solteira, ADVOGADA inscrita na OAB/PB 18.925, estabelecidos na Rua João Luis Ribeiro de Moraes, 66, Centro, João Pessoa - PB.

a quem confere amplos poderes com a cláusula ad-judicia e extra-judicia para, como seus advogados, representar a outorgante perante toda e qualquer entidade pública ou privada, podendo representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, judicialmente ou extra judicialmente, com poderes especiais para, em nome do outorgante, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber citação inicial e ou intimações renunciar ao direito sobre que se funda a ação, receber e dar quitação, requerer benefício da justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência, nos termos do art. 105 do CPC/2015, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso. .

João Pessoa, 14 de agosto de 2019.

Sidnei Laurentino da Silva

OUTORGANTE





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]
SAINU 192 REGIONAL DE 1000 PESOS
Av. Ciudadano Chávez, 2777
Agencia CEP 560058-900
jose.perez...@sainu.gob.ec D E C

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 810/039, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2198859, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente SIDNEI LAURENTINO DA SILVA idade 51 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 18/09/2018, na R. Adão Viana da Rosa, Bairro: Grotão - João Pessoa - aproximadamente às 17:15 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, 08 de Outubro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS - Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

07 MAR 2013
PROTOCOLO
DE
VISITA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB
Fone SAME: (83) 3218-9242; 3218-9125





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

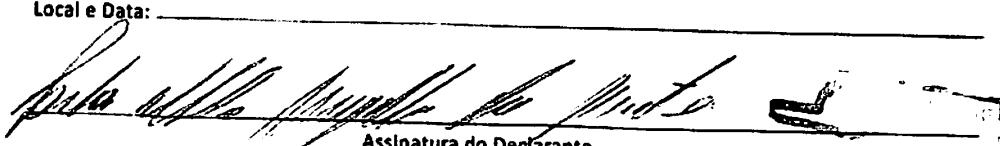
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

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 22 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Carlos Alberto Magalhães do Monte,
RG nº 11.723.621-37 data de expedição 15/07/1983
Órgão SP portador do CPF nº 060.950.338-37
com domicílio na cidade de Jacé Pernac, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Deputado Irineu Sáncio nº 85, complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Sidnei Laurentino da Silva, cujo o condutor era
Carlos Alberto Magalhães do Monte.
Veículo: motor Modelo: Vermelha XTZ Ano: 2015
Placa: CE Y 0953 Chassi: 9L6DD2510F00724736
Data do Acidente: 18/09/18

Local e Data: _____


Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

Reconheço Ter Autenticidade à firma de 'CARLOS ALBERTO'
MAGALHÃES DO MONTE, [34498], J. Pessoa-PB, 07/03/2019
08:56:32 Enol R\$9,91 Farpen:R\$0,29 Fepi:R\$1,98.
R\$9,91 Enol R\$9,91 Farpen:R\$0,29 Fepi:R\$1,98.
PEREIRA SILVA, Selo Apócrifa AIF96223-98UR Consulte no:
<http://pjeb.tjpb.jus.br>.

07 MAR. 2019
PROTÓCOLO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 15/10/66

NOME DA MÃE SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 111159

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1109330

DATA DO ATENDIMENTO 18/09/18

HORA DO ATENDIMENTO 18:25

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR ESQ.

CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, REFERINDO DOR NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, SENDO MAIS ACENTUADA A NÍVEL DA COXA. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA.

EXAMES SOLICITADOS E REALIZADOS

RX TORAX, RX JOELHO ESQ., RX PERNA ESQ., RX ARTICULAÇÃO COXO-FEMURAL ESQ.

USG(FAST)

07 MAR. 2019
PROTÓCOLO
DE ATENDIMENTO

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX COXA ESQ. - FRATURA DA DIÁFISE FÉMUR

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR ESQ.

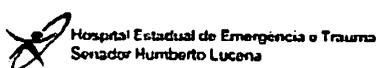
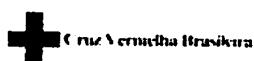
ALTA HOSPITALAR: 28/09/18
DATA DA EMISSÃO: 05/12/18

Elivaldo Sales
Cirurgião G.
CRM 1873
1873

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO
CRM: 1873/PB

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





AV. CRESTES LISBOA, 69 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1109330



Identificação do paciente				
ID 1327507	Nome SIDNEI LAURENTINO DA SILVA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 15/10/1966	Idade 51 anos 11 meses 3 dias	Estado civil	Religião	Promovido
Mae SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA			Pai SEVERINO LAURENTINO DA SILVA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) CLAUDINEI LAURENTINO - IRMAO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 886151379		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1094926		Nº Crs 205597155690018	
Local de procedência COLINAS DO SUL			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade SÃO BERNARDO DO CAMPO		CBO/R	
Endereço				
CEP 68079820	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CUIABÁ	
Número 14	Complemento		Bairro GROTÃO	
Admissão				
Data e Hora 18/09/2018 18:25:48	Número da pulseira 1000006937002		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica		
Classificação de risco			Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente QUEDA/OUTROS	
Indicadores e Transporte				
Caso policial Nº	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA	X mmHg	Peso	Temperatura	
Exames complementares				
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos	<p>Paciente com entrada traumática, lto grande p/ce SAMU, Ceu, evoluiu ace Acidente de moto.</p> <p style="text-align: right; margin-right: 20px;"> HERIKO COELHO DA SILVA HOSPITAL ESTADUAL DE TRAUMA GOVERNO DA PARAÍBA </p>			
Diagnóstico	<input type="checkbox"/> CD Tempo 02min 32seg			
Atendido por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA				

Imprimir



07 MAR. 2019

PROTÓCOLO

DE PESSOA



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Edilson Kellen Almeida da Silva

BE: 10901336

II – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 1º - O presente Termo de Responsabilidade dispõe sobre direitos e deveres do paciente, do profissional da saúde e do Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena – HEETSHL;

§ 1º - O Hospital de Emergência e Trauma é uma unidade de saúde destinada a operacionalizar a gestão e execução das atividades e dos serviços de saúde de urgência e emergência em trauma e a assistência de pacientes portadores de patologias agudas e graves, sejam clínicas, (para um primeiro atendimento e posterior remoção para outro serviço conveniado), ou cirúrgicas (Politraumatismo, Neurocirurgia, Traumatologia, Cirurgia Geral e demais subespecialidades relacionadas à mesma).

§ 2º - O Corpo Clínico responsável pela assistência integral ao paciente é composto por Médicos, Médicos-Residentes, todos Profissionais da Saúde e Aprimorados, integrantes de Equipe Multiprofissional e profissionais médicos e de outras especialidades da saúde que cumprem a função de Preceptores ligados às diversas instituições de ensino do estado da Paraíba;

§ 3º O HEETSHL faz parte de uma rede de assistência da Secretaria de Estado da Saúde no sistema referência e contra-referência. É de responsabilidade da equipe médica deste Hospital a indicação do encaminhamento para Remoção ou Transferência dos pacientes aqui admitidos para outras instituições de Saúde de João Pessoa ou de outros municípios para continuidade do tratamento.

§ 4º É também de responsabilidade do HEETSHL, dentro das suas normas de funcionamento, o encaminhamento e acompanhamento do paciente por equipe profissional especializada para a realização de exames complementares fora das dependências da sua unidade.

III - DO RECONHECIMENTO E SALVAGUARDA DOS DIREITOS E DEVERES

Artigo 2º - O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

Artigo 3º - O profissional da saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Protocolo de Previdência

07 MAR. 2013

PROTOCOLO

DE PESSOAS

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES

MAIORES E CAPAZES

HEETSHL

Artigo 4º - O médico informará ao paciente, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e evolução provável da sua doença.

Artigo 5º - Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos serão executados com a prévia concordância do paciente, após ter sido esclarecido quanto aos seus riscos e benefícios.

§ 1º - Quando ocorrer discordância quanto à aplicação dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esta deverá ser registrada no prontuário do paciente.

§ 2º - O paciente tem direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

§ 3º - No caso de revogação do consentimento, o paciente se manifestará por escrito, devendo este documento ser arquivado no respectivo prontuário.

§ 4º - Quando o paciente se recusar a aceitar os métodos diagnósticos e terapêuticos propostos e deixar o Hospital, cessará a responsabilidade do médico quanto às consequências decorrentes desta recusa.

Artigo 6º - No caso de se tornar ou for maior incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, o paciente deverá se fazer representar pelo seu **REPRESENTANTE LEGAL**, conforme determinação legal ou judicial, quando for o caso:

Nome: *Felicity Coeli da Silveira (herdeira)*

Endereço: *Rua da Barra n° 512*

Telefone: *(21) 2719-2625*

§ 1º - O **REPRESENTANTE LEGAL** será a pessoa a quem o paciente confiará atomada de decisões, ou por determinação judicial, podendo ser parente ou não.

§ 2º - Cabe ao paciente e ao seu Representante Legal a incumbência de comprovar o seu Representante Indicado.

Artigo 7º - Em caso de iminente risco de morte ou iminente risco de perda de qualidade devida, encontrando-se o paciente incapacitado de tomar decisões, o médico estará autorizado a adotar condutas, até que o Representante Indicado possa se manifestar.

Artigo 8º - O prontuário do paciente será elaborado de forma legível, completa e atualizada.

Artigo 9º - O paciente tem direito de obter relatório contendo as informações registradas no seu prontuário, mediante solicitação junto ao Setor de Laudos.

Artigo 10 - O paciente tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo ser revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.





CRAZ VERMELHA
BRASILEIRA

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA PACIENTES MAIORES E CAPAZES



Artigo 11 - Após a alta médica, o paciente deverá deixar as dependências do HEETSHL, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas, após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

Artigo 12 - Após a internação a família do paciente ou o seu representante legal deverá resgatar os pertences de valor ou documentos deixados nesta unidade hospitalar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias e, no caso de vestuários e calçados, no prazo máximo de 02 (dois) dias contados a partir da data de internação. Após este prazo, a instituição adotará as medidas legais cabíveis que entender necessárias para a destinação destes objetos.

Artigo 13 - O paciente ou o seu representante legal os profissionais da saúde do HEETSHL poderão recorrer à Comissão de Ética Médica e à Comissão de Bioética, para esclarecer questões surgidas em decorrência da prestação das ações e dos serviços de atenção à saúde.

Observações:

O presente termo foi lido e achado conforme.

João Pessoa, 19.09.2018

Paciente - RG

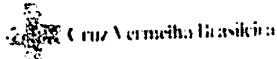
Herika Coeli da Silva Clementino

Representante Legal - RG

PROTOCOLO
EXCELENTE
07 MAR. 2019
PROTOCOLO
EXCELENTE PESSOA

Av. Presidente Juscelino Kubitschek, s/n - Condomínio Parque Conduru - CEP: 50031-000 - João Pessoa - PR





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
SIDNEI LAURENTINO DA SILVA	1109330	18/09/2018 18:25:48	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
15/10/1966	51a 11m 3d	206597155590018	(83) 986151379
Mãe			Prontuário
SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA			
Endereço	Barro	Município	UF
CUIABA, 14	GROTÃO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	CLAUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR	9985/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
18/09/2018 18:25:48		18/09/2018 18:39:57	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, TRAZIDO AO SERVIÇO PELO SAMU, COM QUEIXA DE DOR DIFÍCILDADE DE MOBILIZAÇÃO DO MIE. NEGA DOR ABDOMINAL OU DOR TORÁCICA, NEGA PERDA DE INSCÍPCIA, CEFALÉIA OU VÓMITOS. NEGA ALERGIAS. APRESENTA EDEMA E CREPTAÇÃO À MOBILIZAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO. REFERE FRATURA PRÉVIA NO FÉMUR ESQUERDO. AO EXAME:

- A: SEM COLAR CERVICAL OU PRANCHA RÍGIDA. VIAS AÉREAS PÉRVIAS.
- B: VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA. EUPNEICO. TÓRAX INDOLAR À PALPAÇÃO. SEM ABRASÕES OU CREPITAÇÕES.
- C: NORMOTENSO, NORMOCÁRDICO. ABDOME PLANO. SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. PELVE ESTÁVEL.
- D: GLASGOW 15. PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. MOBILIZAÇÃO DE MIE PREJUDICADA.
- E: SEM SOLUÇÕES DE CONTINUIDADE, MIE IMOBILIZADO COM TALA FLEXÍVEL.

CONDUTA:

- 1) RX DE JOELHO ESQUERDO/ COXA ESQUERDA/ Perna Esquerda/ RX TÓRAX/ USG FAST
- 2) PARECER DA ORTOPEDIA
- 3) ANALGESIA

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100.0 MG VIA E.V., AGORA. (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100ML SF0,9%)

CUIDADOS

DOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

RADIOGRAFIA DE JOELHO ESQUERDO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE Perna ESQUERDA

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
--------	-----------

V29.9 Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

Conduta

Em observação

CRM - PB
DR. Cláudino Rodrigues dos Santos Junior
Dra. Cláudia Rodrigues dos Santos Junior

Boleto registrado por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 18/09/2018 18:28:20

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

CLÁUDINO RODRIGUES DOS SANTOS JUNIOR

1/2

18/09/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/presencao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=391736&pesquisa=S&pe



Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

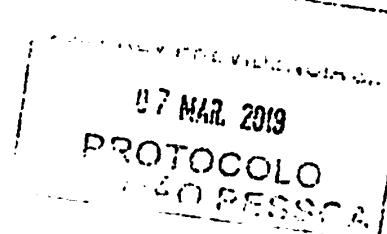
Paciente SIDNEI LAURENTINO DA SILVA	BAE 1109330	Data/Hora Entrada 18/09/2018 18:25:48	Data Baixa
Data de nascimento 15/10/1966	Idade 51a 11m 3d	Sexo Masculino	CNS 206597155590018
Mãe SEBASTIANA MOREIRA DA SILVA			Telefone do Contato (83) 988151379
Endereço CUIABA, 14	Bairro GROTÃO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 3374/PB
Data/Hora Classificação 18/09/2018 18:25:48		Data/Hora Prescrição 18/09/2018 20:48:22	
namnese CONTINUAÇÃO ATENDIMENTO ALTA DA CIRURGIA GERAL , <i>WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE</i> . Conduta Em observação			

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

*Wandeberg G. de Albuquerque,
Cir. Geral
CRM-PB. 3374*
WANDEBERG GOMES DE ALBUQUERQUE
(3374/PB)

Boletim registrado por THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 15/09/2018 às 28:20

<http://172.16.0.6:8080/cvb/pages/presencao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=391736&pesquisa=S&pe>



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 02/09/2019 15:51:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090215513404000000023292479>
 Número do documento: 19090215513404000000023292479

Num. 24047820 - Pág. 9

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: _____ BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: _____ / _____ / _____
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: _____ 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Fim: _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Procedimentos Cirúrgicos	Código
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

07 MAR 2019
PROTÓCOLO
CID-PSS

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Ezequiel D. Tropico

João Pessoa, 26/03/2019

REETSCH *Migratoria*

FICHA DE ANESTESIA

卷之三

Assinado eletronicamente por: HERIKA COELHO DA SILVA CLEMENTINO - 02/09/2019 15:51:37

Assinado eletronicamente por: HERIKIA COELHO DA SILVA CLEMENTINO - 02/09/2019 15:31:37
http://pie.tibp.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/list/view_seam?y=1909021513401000000023292179

Número do documento: 18090215513401000000023393478

Num. 24047820 - Pág. 12

RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	
Achados:	Exame de fundo de olho normal.
Conduta:	Indicação para cirurgia.
Fechamento:	
Observação:	PRO

João Pessoa, 16/3/1

Médico/CBM:

F(NG).ASCI.R.009-1

~~Dr. Edison D. Timrod
Otorrinolaringólogo
Cirujano de Oídos y Tumores
Cap. Vélez~~



EX: PCS/PHS Reunião T.M. Banguela

03. pincel DCS L: 14 mm?

01- parafuso deslizante m: 80

01- centro pincel

01- parafuso apertador m: 80

01- " centroal m: 42

02- " " m: 44

01- " " m: 46

03- pincel de Kirschner m: 000 - Oferta

01- entalhe

01- parafuso canulado m: 70 m: 80 Elas :

Assinado por: Miguel R. dos Santos
Técnico Enfermeiro
COREN-PB 250.852



Nota de Sala Cirúrgica

PROTOTYPES



ANEXO 15

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)	Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HEETS II L				2 - CNES 3 - CNES 4 - CNES
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE Sidney Laurentino da Silva 6 - N° DO PRONTUÁRIO 1109330 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA DE NASCIMENTO 11/11/11 9 - SEXO Fem [] 3 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE 12 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO) 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP 17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR				
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA				
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL 23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDARIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				
28 - SOLICITAÇÃO DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL				31 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 32 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - QTDE 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QTDE
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO 01 fio de Kirschner nº 4				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 40 - DOCUMENTO 41 - CNS 42 - N° DOCUMENTO/CNS/CFF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 43 - ASSINATURA E CARMIM/INTº DO REGISTRO DO CONSELHO HERIKA COELI DA SILVA CRM SP 041422				44 - DATA DA SOLICITAÇÃO 18/10/18
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - DOCUMENTO 46 - N° DOCUMENTO/CNS/CFF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 47 - CNS 48 - N° DOCUMENTO/CNS/CFF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 49 - ASSINATURA E CARMIM/INTº DO REGISTRO DO CONSELHO				45 - COD. ORGÃO EMISOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Edmey Souza BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 18/09/18
 Clínica/Setor: Urgência EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Traçado Transfibular + remoção de prótese ()
 Cirurgião: Dra. Kortney 1º Assistente: Dra. Gislene MRZ
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dra. Felipe Júnior
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início ____ : ____ Término ____ : ____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura</u>	
<u>do Fármur Fibular</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Traçado Transfibular</u>	
<u>Transemboletíctico</u>	(F)

07 MAR 2019
 PROTOCOLO

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

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

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

Médico/CRM: _____

João Pessoa. 18/09/18



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE	<i>Sidnei Brummitt da Silveira</i>					
IDADE	56 ANOS					
CIRURGIA	Ressecção transfronal Transesofágica - E					
CIRURGÃO	Dr. Kastellay + Dr. J. César Ribeiro					
ANESTESIA	Anestesiada					
ANESTESISTA	Dr. Felipe Oliveira					
INSTRUMENTADOR						
DIA	18/09/18	ENTRADA CIRÚRGICO - ANESTESIA (INC) / FIM CIRURGICO	23:03	23:45		
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)						
ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV	ASA V	ASA VI	ASA VII
GRAL DE CONTAMINACAO (LIMPIDA) / CONTAMINADA / INFECTADA / POTENCIALMENTE CONTAMINADA						
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA			JELCO N°8		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA			JELCO N°10		FIO CAT GUT CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA			JELCO N°12		FIO DE AÇO N°	
CETAMINA			JELCO N°14		FIO DE AÇO N°	
DROPÉRIDOL			KIT SIST DREN TORANICA N°		FIO DE NYLON N°	
ETOMIDATO		SÓL COES	QTD.	LÂMINA BISTURÍ N°11	FIO DE NYLON N°	
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURÍ N°14	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA		PVP/IGEGRANTE		LÂMINA BISTURÍ N°15	FIO POLIGLACTINA N°	
F. INZENIL		PVP/TINTURA		LÂMINA BISTURÍ N°24	1 FIO POLIGLACTINA N°	
ISOFLURANO		PVP/TÓPICO		LÂMINA DE DERMATÔMIO	FIO POLIGLACTINA N°	
BUPIVACAÍNA C. VASO		SABÃO ANTISEPTICO		LÂMINA DE ENXALTO	FIO POLIPROPILENO N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S. VASO		MATERIAIS	QTD.	LUVA DE PROCEDIMENTO PAR	OK	FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAINA C. VASO		AGULHA 18X4,5		LUVA ESTERIL N°0		FIO POLIPROPILENO N°
LIDOCAINA S. VASO		AGULHA 25X10		LUVA ESTERIL N°2		FIO POLIGLICAPRONE N°
MIDAZOLAN		AGULHA 25X18		LUVA ESTERIL N°0		FIO SEDA N°
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTERIL N°5		FITA CARDIACA
NIMBİUM		AGULHA PERIDURAL N°16		MASCARA CIRÚRGICA		MATERIAL ESPECIAL QTD.
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL N°18		MILITINAS		CATETER DE PIC
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL N°18		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRÚRGICO
PROPORFOL		AGULHA RAQUI N°25G		SC ALP N°1		CLIP TITÂNIO LIGADURA
RANIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G		SC ALP N°1		FIO DE KIRSCHNER 10/01
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI N°27G		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER N°
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPEDICO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN N°
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN N°
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P. COLOSTOMIA		SONDA ASP TRAQUEAL N°8		HEMOST ABSORVÍVEL
ADRENALINA		CÂNLULA P. TRAQUEOSTOMIA N°		SONDA ASP TRAQUEAL N°10		KIT DERIVA VENTRICULAR
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		SONDA ASP TRAQUEAL N°12		PROTESE VASCULAR
ATROPINA		CATETER FEMBOLECA ARTERIAL N°		SONDA ASP TRAQUEAL N°14		KIT PAM
RA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP TRAQUEAL N°16		FIXADOR EXTERNO
ZOLINA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 20ML N°12		EMPRESA
METASODA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 20ML N°14		
UNA SODICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG CURTA		PARAFUSOS CORTICais
Efedrina		COLET URINA FECHADO		SONDA NASOG LONGA		PARAFUSOS CORTICais
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRURGICAS		SONDA URETAL N°		PARAFUSOS ESPONIOSO
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRURGICAS		TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONIOSO
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MATELAR
HIDROCORTISONA		DRENO DE SLUÇÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PARAFUSOS MATELAR
LIDOCAINA GELEIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL N°		PLACA
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE (LATEX)		PLACA
PLASIL		EQUIPO TRANSF SANGUE				
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS				EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVP		FIOS	QTD.	
TENOXICAN		ESPARADRAPO	OK	FIO ALGODÃO S/A N°		1. ASPIRADOR
		GAZES (frouxas)	OK	FIO ALGODÃO S/A N°		1. BISTURI ELETRICO
		GAZES ALGODONADAS		FIO ALGODÃO C/A N°		1. CAPNOGRAFO
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A N°		1. CARDIOMONITOR
		JELCO N°14				1. DESFIBRILADOR
		JELCO N°16				1. FOCO AUXILIAR
						1. FOCO CENTRAL
						1. MICROSCOPIO
						1. PONIMETRO DE PULSO
						1. PTA IMPAISSE NÃO INVASIVA
						1. PERFORADOR ELETRICO
						1. SERRA
						CIRCULANTE
PROTOCOLO						
Data: 17/09/2018						
Assinatura: Janaina Oliveira						
Assinatura: 453-371						



MEETINA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição: Adutora da anca
Preparo: Técnico

Incisão:

Achados:

Fratura do fêmur, 2/3

Conduta:

Traçado de tomografia

Tomografia



Fixa N° 4,0

Fechamento:

- Sutura estável

DATA: 07/09/2019
PROTOCOLO

Observação:

- Fratura com 1/3 om T-raj.

- Fixação estável

Médico/CRM:

João Pessoa, 19/09/19





FICHA DE ANESTESIA

DATA: 7/4/7

PRONTUÁRIO:

IDADE: 51

Receituário Médico

KUNST

Digitized by srujanika@gmail.com

Hospital Estatal de Emergencia e Trauma
Sanador Número Línea

Receituário

Paciente: SIBNEI LAURENTINO DA SILVA
Data: 11/10/2018 15:25:43 São Machado COE: N/A

Idade 51

S. DNE! LAURENÇO
DA S. CWA

LAUDO

RELATORIO

ACIDENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO 18/09/18, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA EM 26/10/18 PARA FRATURA DO FÉMUR. PERMANECE EM ACOMPANHAMENTO POS-OPERATÓRIO SEM PREVISÃO DE ALTA.

CID: S724, Z988

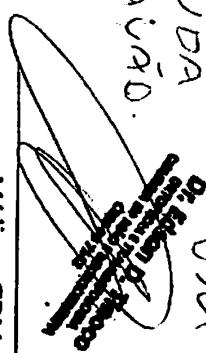
PACIENTE VIRGINIA DE
QUEDA DE MORO HÁ OS
MESSES , SENDO SUSPEITO
A CINQUILIA EM FÉVRA
ESQUECENDO A PREGUNTA
SE QUELLA DE PRAGUANO
MESMO PEGOU. PRAGUANO
AYUAL AYUDA EN
CONSUJO. CID: 572-4

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gonçalves João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

Dr. EUSKAL DELGADO TINOCO
7142/PB



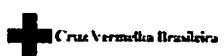
Data: 31/10/19

ESTAMOS ASESINADOS
SELEVEN DE PRAGUANO
MESMO FUMUN. PRAGUANO
AYAHUAYA EN
CONGO UTAIAÑO.
CID: 572.4

PROTOCOLO
07 MAR. 2019

Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 02/09/2019 15:51:37
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090215513404000000023292479>
Número do documento: 19090215513404000000023292479

Num. 24047820 - Pág. 21



INTERNO, S/N -
CNES: 454548 - Tel.:

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE Ô (A) SR.(A)
SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

RG (IDENTIDADE)
1094926

FOI ATENDIDO (A) POR BRENO COUTINHO TORRES

DO (A) HTOP - APARTAMENTO 03

NO DIA 18/09/2018 18:26:00 . NECESSITANDO DE 90 - NOVENTA

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: S72.3
V29.9

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

BRENO COUTINHO TORRES
(assinatura contendo: nome completo e registro CRM/CRO)

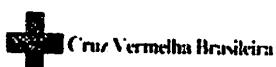
NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS
NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 88.312 DE
23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO

BRENO COUTINHO TORRES
(7232/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

07 MAR 2019
PROTÓCOLO
DE PESSOA





Documento de Alta

Nome: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA			Número Prontuário: 111159
Data de 15/10/1966	Sexo: Masculino	Data de Internação: 18/09/2018 22:55:52	Data de Alta: 28/09/2018 14:36:44
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTSE DO FEMUR ESQ SEM INTERCORRENCIAS PELA EQUIPE DO DR EDSON EM 28/9/18. EVOLUI SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ALTA MEDICA COM ORIENTACOES.			
Resumo da Internação: PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSINTSE DO FEMUR ESQ SEM INTERCORRENCIAS PELA EQUIPE DO DR EDSON EM 28/9/18. EVOLUI SEM QUEIXAS NO MOMENTO. ALTA MEDICA COM ORIENTACOES.			
Resultado de Exames: FRATURA DO FEMUR ESQ			
Tratamento: OSTEOSSINTSE DO FEMUR			
Diagnóstico: S72.3 - Fratura da diáfise do fêmur			
Recomendações: CARGA ZERO, ADM JOELHO PERMITIDA, VERSA, CEFALEXINA, AINE. RETORNO COM DR EDSON			

Data: 28/09/2018

BRENO COUTINHO TORRES
CRM: 7232 - PB

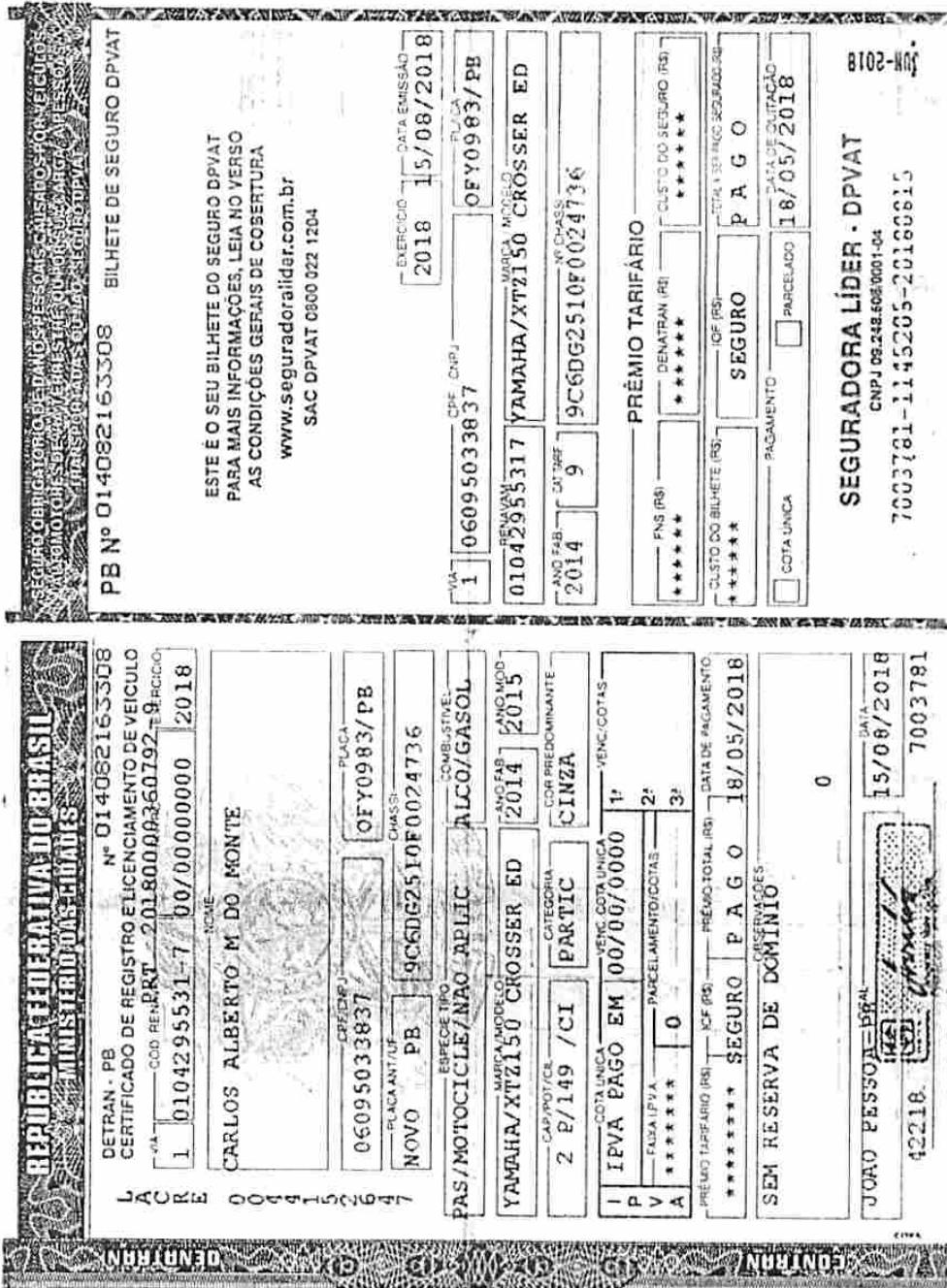
07 MAR 2019
PROTÓCOLO
130 REGISTRO





07 MAR 2019
PROTÓCOLO
ACORDADA





A rectangular notary seal featuring a central shield with a scale and a sword, surrounded by the text "CARTÓRIO CELEIDA" at the top and "SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL" and "COMARCA DA CAPITAL" below it. The seal is partially covered by a red ink stamp.

A circular library stamp with the text "UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY SAN FRANCISCO BRANCH" around the perimeter and "JULY 25, 1968" in the center.

27 MAR 2013
PROTÓCOLO





Seguradora Unider • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA SILVIA DANEIS LACERENTINO Nro. 122
DATA DO ACIDENTE 15/10/66 CPF DA VITIMA 515 574 49

PORTEIRO DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTEESCO COM A VITIMA É SILVIA DANEIS LACERENTINO Nro. 122 S. L. 100
ENDERECO DO PORTADOR RUA 123 INÍCIO
Nº 123 COMPLEMENTO Bairro Clinico do Sul
CIDADE Curitiba UF PR CEP 81.510-136
TELEFONE (41) 28875832
E-MAIL

MARQUE PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRANDEZA DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 8.194/74.
- 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, PODERÁ 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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____

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	CPF da vítima	Nome completo da vítima:	
	552.515.944-93	SIDNEY LAURENTINO DA SILVA	

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

Nome completo:		CPF:
Profissão:	Endereço:	Número:
MOTORISTA	RUA DA FRONSA	S/N
Bairro	Cidade:	Complemento:
COLINA DO SUL	SOROCABA	
E-mail:		CEP:
		55019386
		Tel.(DDD):
		83 98875-8272

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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 OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: SANTANDER

AGÊNCIA:

CONTA:

[Informar o dígito se existir]

AGÊNCIA: 3125

CONTA: 0644024

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val 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 rassarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:	Brasília, Distrito Federal, 01/03/2019
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sidney Laurentino da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS:
1º Nome: <input type="text"/>
CPF: <input type="text"/>
2º Nome: <input type="text"/>
CPF: <input type="text"/>
Assinatura: <input type="text"/>

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.



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 02/09/2019 15:51:37
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090215513404000000023292479

Número do documento: 19090215513404000000023292479

Num. 24047820 - Pág. 27

MARCIO SILVA DE OLIVEIRA
RUA DA BRISA, S/N - COLINA DO SOL
JOAO PESSOA / PB CEP: 58089288 (AQUA 11)
Emissão: 09/02/2019 - Referência: Dev/2019



ENERGISA PARAÍBA - OPERADORA DE ENERGIA S/A
Cidade-Sobradinho RESIDENCIAL/BALAI RENDA MONOFASICO/200 KWh/mês Referência: 19090215513404000000023292479
CNPJ: 00.905.180/0001-40 Ins Est: M00153220

Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N000500540
Cód. para DBA Automatiz.: 0001222743

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAN
Fev / 2019	20/02/2019	21/03/2019	066.116.694-80

RG (Número do Consumidor): 51829274-9

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (art. 1º da Lei nº 15.438 de 26 de abril de 2002).
Aos preceitos feitos nos postes acessas durante o dia ou suas escravas a noite, informe à prefeitura da sua cidade ou à autoridade de iluminação pública e responsabilidade dos municípios.
* De imediato.

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias				
	22/01/19 2024	20/02/19 2703		79	29				
DEMONSTRATIVO									
CC	Discrõe	Caráter	Tarifa	Valor Base Cál.	Ald. Imp(%)	Base Falc. Paf(%)	Com(%)		
				Tarifa(Tarifa/F) ICM/IRB ICMS					
0801	Consumo ate 30KWh-BR	30.000	0.203980	8,11	0,00	0	8,11	0,06	0,28
0801	Cessão- 31 a 100KWh-BR	49.000	0.245680	17,13	0,00	3	17,13	0,17	0,78
0910	Subsídio	22,79		0,00	0	0,00	22,79	0,22	1,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTROLE SERV. LUM. PÚBLICA	0,03	0,00	0	0,00	0,00	0,00		
0804	JUROS DE MORO 01/2019	0,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00		
0805	MULTA 01/2019	0,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00		
0808	Devolução Suspenso	-21,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00		

COLUNA DE DATA/VALOR TOTAL 26,08 0,00 0,00 10,02 0,00 7,12
VENCIMENTO 27/02/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 26,08

105 27/02/2019 R\$ 26,08
Histórico de Consumo (kWh)

178 173 106 158 154 172 171 182 12 143 76 130
Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 JUL/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19 Jan/19

0cf3.b415 e35f.75b8.caba.f771.ab3e.da26

Indicadores de Qualidade

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (M)
DIC MENSAL	8,21	0,00
DIC TRIMESTRAL	10,62	NOTAVEL
DIC ANUAL	21,42	270
FIC MENSAL	0,00	0,00
FIC TRIMESTRAL	0,00	0,00
FIC ANUAL	0,00	0,00
EMC	2,03	0,00
EMC	2,03	0,00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia e PBR	7,79	29,96
Controle de Energia e Serviços de Iluminação	11,17	42,25
Encargos Sistêmicos	1,21	4,64
Encargos Sistêmicos	1,24	4,76
Impostos Diretos e Encargos	4,13	15,94
Outras Serviços	0,00	0,00
Total	26,08	100,00

ATENÇÃO

Notícias em atraso

Sua unidade foi tarifada como Baixa Renda, tendo um débito de R\$21,43
Lectura confirmada

07 MAR 2019
PROTOCOLO

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



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02611.01.2019.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e à requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02611.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:45 horas do dia 07 de março de 2019, 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1860413, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu Marcia Angéla da Silva Mendes, CPF nº 110.221.044-70, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho (a) de Severina Paula da Silva e Mario Suzano Mendes, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/11/1992 (26 anos de idade), residente e domiciliad(a) na Rua da Brisa, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Colinas, na cidade de João Pessoa/PB, telefones(s) para contato (83) 98736-6802.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Adão Viana da Rosa, XXX, João Pessoa/PB, bairro Grotão; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/09/18 17:15h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 18/09/2018, POR VOLTA DAS 17:15, O SENHOR SIDNEI LAURENTINO DA SILVA, PORTADOR DO CPF 552515874-49 (DE QUEM É PROCURADORA), ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA YAMAHA CROSSER DE COR CINZA, ANO 2014/15, PLACA OFY-0983 PB, CHASSI 9C6DG2510F0024736, REGISTRADA EM NOME DE CARLOS ALBERTO M DO MONTE, PORTADOR DO CPF 060950335-37, O Q(A)L GUAVA A MOTOCICLETA NA OPORTUNIDADE, QUANDO PASSAVAM PELA RUA ADÃO VIANA DA ROSA, GROTÃO, NESTA CAPITAL, MOMENTO EM QUE UMA CRIANÇA FOI ATRAVESSAR A RUA FAZENDO COM QUE O PILOTO DA MOTOCICLETA PRECISASSE ACIONAR O FREIO DA MESMA E POR CONTA DISSO O SENHOR SIDNEI LAURENTINO DA SILVA CAIU DA MESMA, VINDO A SER SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S72.3 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. ELIAS ALDO SALLS DE TOLEDO.

Sendo o que houve a constar, identificadora(s)/a declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e lachada conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de março de 2019.

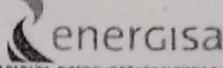
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

MARCIA ANGELA DA SILVA MENDES
Notificante

07 MAR. 2019
PROTOCOLO

Procedimento Policial 02611.01.2019.1.00.401

1/1

MARCÍO SILVA DE OLIVEIRA
 RUA DA BRISA, S/N - COLINAS DO SUL
 JOÃO PESSOA / PB CEP: 58009366 (AG. 1)
 Emissão: 20/02/2019 - Referência: Dez/2018
 Cidade: Suburbano RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO/B200 Km.25 Centro Residencial de Pessoa / PB - CEP: 58071-010
 Rotativo: 13 - 2-481-4190 - Número: 080008856779

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ: 09.095.180/0001-40 - Inscrição Estadual: 061.015.623-0
 Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica N°0001000540
 Cod. para DBA: Automático: 0001292748

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAM
Fev / 2019	20/02/2019	21/03/2019	066.115.694-00

Numero da Conta (contínuo): 51829274-9

Canal de contato:
 - Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.
 Ao perceber lutas das postes acesas durante o dia ou ruas escuras a noite, informe à prefeitura da sua cidade cuja área de iluminação pública é responsabilidade do município.
 * Não tem direito

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leratura	Data	Leratura	
22/01/19	2624	20/02/19	2703	79 29

Demonstrativo:

CCN	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alq. Imp.(R\$)	ICMS(R\$)	Base Calc. PIS(R\$)	Cofins(R\$)
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	ICMS	PIS/Cofins(R\$)	(23,695%) (4,5624%)
0801	Consumo ate 30KWh-BR	30.000	0,203980	6,11	0,00	0	0,00	0,00
0801	Consumo - 31 a 100KWh-BR	49.000	0,203980	17,13	0,00	0	17,13	0,17
0510	Subsídio	22,79	0,00	0	0,00	22,79	0,22	1,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIB SERV LUM PÚBLICA	0,93	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2019	0,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806	MULTA 01/2019	0,48	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0808	Devolução Subsídio	-21,63	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

VENCIMENTO: 27/02/2019 | **TOTAL A PAGAR:** R\$ 26,08
Histórico de Consumo (kWh):
 178 | 173 | 195 | 198 | 54 | 72 | 71 | 89 | 13 | 143 | 76 | 130
 Fevereiro Março Abril Maio Junho Julho Agosto Setembro Outubro Novembro Dezembro Janeiro

RESERVADO À EMPRESA: 0cf3.b415.e35f.75b8.caba.f771.ab3e.da26.

Indicadores de Qualidade: 12/2018 - Índice: 100% - Última revisão: 12/2018

Limites de ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG MENSAL	5,21	0,00
DIG TRIMESTRAL	10,82	NOMINAL
DIG ANUAL	21,25	220
FIC MENSAL	3,30	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	8,80	LIMITE INFERIOR
FIC ANUAL	12,20	LIMITE SUPERIOR
EMC	3,03	0,00

ATENÇÃO: Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$21,52
 - Leitura confirmada

Notícias em atraso:

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$21,52
 - Leitura confirmada

07 MAR 2019
 PROTOCOLO
 01

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 02/09/2019 15:51:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19090215514701500000023292503>
Número do documento: 19090215514701500000023292503

Num. 24047844 - Pág. 1



**Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0851696-98.2019.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Intem-se a parte autora para, em 15 (quinze) dias, emendar a inicial no sentido de instruir a ação com prova de recusa do pagamento do seguro DPVAT, ou seu pagamento parcial na via administrativa, sob pena de carência de ação por ausência de interesse processual, já que o documento ID 24046142 encontra-se ilegível.

Cumpra-se.

JOÃO PESSOA, 19 de setembro de 2019.

ÉRICA VIRGÍNIA DA SILVA PONTES

Juíza de Direito



Assinado eletronicamente por: ERICA VIRGINIA DA SILVA PONTES - 19/09/2019 15:08:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091915083836300000023788837>
Número do documento: 19091915083836300000023788837

Num. 24574171 - Pág. 1

**EXCELENTÍSSIMA SRA. JUÍZA DE DIREITO DO 12º VARA CÍVEL DA COMARCA DE
JOÃO PESSOA – PB.**

Processo n° 0851696-98.2019.8.15.2001

SIDNEI LAURENTINO DA SILVA, devidamente qualificada nos autos em referência, vem, respeitosamente, a presença de V. Exa, **em cumprimento ao despacho id n° 24574171 - Despacho, juntar requerimento de pagamento administrativo, o qual segue anexo.**

Ante ao exposto, requer o prosseguimento do feito.

João Pessoa, 14 de novembro de 2019.

HÉRIKA COELI

OAB/PB 18.925



Assinado eletronicamente por: HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO - 14/11/2019 13:48:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111413482755600000025343934>
Número do documento: 19111413482755600000025343934

Num. 26234084 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190256993 Vítima: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Data do Acidente: 18/09/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 033

Agência: 000003175

Conta: 000001044084-9

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





**Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital**

**PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0851696-98.2019.8.15.2001
DESPACHO**

Vistos, etc.

1. Defiro a gratuidade processual.
2. Designe-se a audiência de conciliação/mediação, a realizar-se na **sala de audiências da 12ª Vara Cível** da Comarca de João Pessoa.
3. Cite-se e intime-se a parte ré. O prazo para contestação (de quinze dias úteis) será contado a partir da realização da audiência. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.
4. Fiquem as partes cientes de que o comparecimento na audiência é obrigatório (pessoalmente ou por intermédio de representante, por meio de procuração específica, com outorga de poderes para negociar e transigir). A ausência injustificada é considerada ato atentatório à dignidade da justiça, sendo sancionada com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados.
5. A audiência só não será realizada se ambas as partes manifestarem, expressamente, desinteresse na composição consensual, devendo a parte ré fazê-lo, por petição, apresentada com 10 (dez) dias de antecedência, contados da data da audiência.
6. Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que a audiência de conciliação ora agendada seja precedida de perícia judicial, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.
7. Para tanto, nomeio o(a) médico(a) Dr. HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NÓBREGA perito(a) nos presentes autos, dando-lhe ciência da nomeação e data e horário da perícia.
8. Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designadas, sob pena de penhora junto ao Bacenjud.
9. Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Dessa forma, além das citação e intimação através de carta, determino que seja a Seguradora Líder, através dos endereços eletrônicos pauloleite@seguradoralider.com.br e philipe.rocha@seguradoralider.com.br e telefone (21) 38614600, científica acerca dessa audiência.



10. A parte autora será intimada através de seu advogado.
11. Poderão as partes, querendo, indicar assistentes técnicos, no prazo de quinze dias.
12. Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.
13. Via digitalmente assinada da decisão servirá como mandado de citação/intimação.

Int. e cumpra-se.

João Pessoa, data da assinatura digital.

MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO

Juiz de Direito





Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital

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

Número do Processo: 0851696-98.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [Segundo]
Polo ativo: AUTOR: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA
Polo passivo: REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé, considerando a Resolução de N. 313/2020 e 314/2020 do CNJ - Conselho Nacional de Justiça, bem como os seguidos Atos Normativos conjuntos publicados pelo TJPB durante o período de pandemia da COVID19, nos quais ficou estabelecido a suspensão do trabalho presencial de magistrados e servidores, dentre outros, que fica prejudicada a designação da audiência nos presentes autos, o que será oportunamente, designada.

JOÃO PESSOA, 10 de junho de 2020
AVANY GALDINO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: AVANY GALDINO DA SILVA - 10/06/2020 08:00:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061008000620000000030147239>
Número do documento: 20061008000620000000030147239

Num. 31427764 - Pág. 1



Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital

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

Número do Processo: 0851696-98.2019.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [Segundo]
Polo ativo: AUTOR: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA
Polo passivo: REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que fica designado o dia 03/12/2020, pelas 15:00 horas, na sala de audiências da 12ª Vara Cível, para realização de Audiência de Conciliação/Mediação e Perícia Médica.

JOÃO PESSOA, 3 de novembro de 2020
AVANY GALDINO DA SILVA



Assinado eletronicamente por: AVANY GALDINO DA SILVA - 03/11/2020 12:51:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110312512196300000034545578>
Número do documento: 20110312512196300000034545578

Num. 36179113 - Pág. 1



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
12ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO N° 0851696-98.2019.8.15.2001

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[Seguro]

AUTOR: SIDNEI LAURENTINO DA SILVA
REU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

INTIMAÇÃO

Intimo a parte autora para comparecer a Audiência de Conciliação/Mediação e Perícia Médica **designada para o dia 03/12/2020, às 15:00 horas**, na sala de audiências da 12ª Vara Cível, 4º andar, Fórum Cível da Capital. **Informando-o(a) que deverá comparecer a audiência usando máscara.**

JOÃO PESSOA-PB, 3 de novembro de 2020.

Analista/Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: AVANY GALDINO DA SILVA - 03/11/2020 12:54:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110312543606100000034545619>
Número do documento: 20110312543606100000034545619

Num. 36179504 - Pág. 1

**Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA**

()

CARTA DE INTIMAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0851696-98.2019.8.15.2001
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Seguro]

N o m e : SIDNEI LAURENTINO DA SILVA
Endereço: R DA BRISA, 12, (Lot C Sul), GRAMAME, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58069-386
N o m e : MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A
Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, - até 1145 - lado ímpar, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 12^a Vara Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente INTIMADO) **SIDNEI LAURENTINO DA SILVA** para comparecer neste juízo, no endereço supra, à audiência de: **Tipo: Conciliação Sala: Conciliação Data: 03/12/2020 Hora: 15:00, , na sala de audiências da 12^a Vara Cível, 4^o andar, Fórum Cível da Capital.** Advertindo a parte autora que deverá comparecer a audiência/perícia médica munida de documentos pessoais, bem como de todo e qualquer documento referente ao acidente em questão, bem como usando máscaras. Médico Perito: Dr. Heuder Romero L. da Nóbrega.

JOÃO PESSOA, em 3 de novembro de 2020.

AVANY GALDINO DA SILVA
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <http://pie.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: XXXXXXXXXXXX

Poder Judiciário da Paraíba
12ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA

()

CARTA DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

Nº DO PROCESSO: 0851696-98.2019.8.15.2001
CLASSE DO PROCESSO: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
ASSUNTO(S) DO PROCESSO: [Seguro]

No m e : S I D N E I L A U R E N T I N O D A S I L V A
Endereço: R DA BRISA, 12, (Lot C Sul), GRAMAME, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58069-386
No m e : M A P F R E V E R A C R U Z S E G U R A D O R A S / A
Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-000

De ordem do(a) MM. Juiz(a) de Direito do 12ª Vara Cível da Capital, fica Vossa Senhoria devidamente CITADO(A) MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A, por Seu Representante Legal, por todos os atos do processo acima mencionado (cópia da inicial anexa), e intimado para comparecer neste juízo, no endereço supra, à audiência de: Tipo: Conciliação Sala: Conciliação Data: 03/12/2020 Hora: 15:00 , nos termos dos arts. 334 e 335 e ainda, com as advertências do art. 344, todos do NCPC, **bem como da perícia a ser realizada no(a) autor(a), no mesmo dia e horário. Honorários periciais fixados em R\$ 200,00 (duzentos reais), a serem pagos pela Seguradora Líder, comprovando-o até a data da audiência, sob pena de penhora junto ao Bacenjud. Como forma de viabilizar a transação, após realização da perícia médica, faz-se mister o comparecimento da Seguradora Líder na audiência ora designada, através de preposto munido de poderes para firmar acordos. Despacho na íntegra no despacho ID29413168 . As partes deverão comparecer a audiência usando máscaras.**

JOÃO PESSOA, em 3 de novembro de 2020.

AVANY GALDINO DA SILVA
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <http://pie.tjpj.pjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>.
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO: 19090215511887400000023290793