



Número: **0802125-89.2020.8.15.0881**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de São Bento**

Última distribuição : **12/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.780,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELPIDIO HERCULANO DA SILVA (AUTOR)		MAYARA SOARES SILVEIRA (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36569 049	12/11/2020 09:41	Petição Inicial	Petição Inicial
36569 061	12/11/2020 09:41	PETIÇÃO INICIAL	Outros Documentos
36569 065	12/11/2020 09:41	DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCURAÇÃO E EXTRATO DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO	Outros Documentos
36569 071	12/11/2020 09:41	BO, ATENDIMENTO SAMU, HOSPITAL E LAUDO MÉDICO	Outros Documentos
36569 076	12/11/2020 09:41	PRONTUÁRIO DA CIRURGIA	Outros Documentos
36569 082	12/11/2020 09:41	EXTRATO DA CONTA DOS ÚLTIMOS 03 MESES E CTPS DO AUTOR	Outros Documentos
36582 813	13/11/2020 18:29	Decisão	Decisão
38199 021	06/01/2021 15:27	Informações Prestadas	Informações Prestadas

MM. JUIZ, PETIÇÃO INICIAL SEGUE ANEXA EM PDF (DOCUMENTO 01).



AO JUÍZO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE SÃO BENTO, ESTADO DA PARAÍBA.

ELPIDIO HERCULANO DA SILVA, brasileiro, viúvo, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 432987 SSP/RO, inscrito no CPF sob o nº 343.569.404-15, residente e domiciliado rua Vicência Rodrigues de Vasconcelos, 206, Joao Olegário, São Bento -PB, por sua advogada que esta subscreve, consoante se infere do instrumento procuratório adiante acostado, vem, respeitosamente à presença de V. Exa. com fulcro na lei 6.194/1974, ajuizar a presente

**AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO
OBRIGATÓRIO - DPVAT
(Invalidez)**

em face da **MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ 61.074.175/0001-38, com endereço na Av. Eptácio Pessoa, nº 723, Bairro dos Estados, João Pessoa - PB, CEP: 58030-000, pelos fatos e fundamentos jurídicos a seguir aduzidos, requerendo ao final, o seguinte:

I - DOS FATOS:



Na data do dia **10/12/2019**, o Autor foi vítima de sinistro de trânsito, que resultou em **FRATURA NA PERNA DIREITA**, conforme se verifica da Ficha de Atendimento Ambulatorial, Encaminhamento e Relatório da Cirurgia.

De imediato fora submetido a tratamento cirúrgico e, por conseguinte fisioterápico. No entanto, mesmo após os tratamentos o mesmo não logrou êxito em sua recuperação, permanecendo até hoje com uma **lesão grave e permanente no membro acometido**, conforme pode se observar da documentação médica acostada a inicial e reconhecida administrativamente pela própria Seguradora.

O Promovente, ciente da existência do seguro obrigatório DPVAT e de posse da documentação exigida em Lei, postulou junto à Requerida o recebimento da indenização sob aviso de **sinistro nº 3200233729** e após procedimento administrativo demasiadamente burocrático, **recebeu apenas a quantia de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais) no dia 16/07/2020**, conforme extrato demonstrativo que segue incluso.

Resta claro e evidente, Excelência, o pagamento a menor do devido seguro, pois o valor indenizado está muito aquém do estabelecido em Lei e sem qualquer justificativa, porquanto a seguradora não disponibilizou o acesso ao processo administrativo e nem a perícia que foi realizada.

Cumpre ressaltar que o valor recebido administrativamente **NÃO FOI ATUALIZADO**, onde deveria ter sido corrigido pelos índices legais e com juros de mora de 1,0% a contar da data do sinistro, como determina a legislação vigente.

Nesta senda, em face do prejuízo e do constrangimento, frustração e desamparo e diante da obrigação de pagar e da má-fé das seguradoras conveniadas ao consórcio DPVAT, não restou alternativa ao Demandante, senão pleitear seu direito na via judicial.

II - DO DIREITO:



A Lei nº 6.194/74, alterada pelas Leis nº 8.441/92, nº 11.482/07 e 11.945/09 dispõe sobre seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestres, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

Em conformidade com o artigo 3º da citada Lei, danos pessoais cobertos pelo seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, no valor de R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada, *in verbis*:

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT.

O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e **de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez**, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte é de até 3 anos contados da data do óbito. Para



despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.

Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto **pelo seguro DPVAT**, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

Vejamos:

Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º 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 reais) - 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.

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando a parte demandante com lesões que lhe causaram invalidez permanente, é incontestável o direito da mesma ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça, *in verbis*:

Súmula 474:

“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Para tanto, conforme tabela abaixo, em seu Artigo 3º da Lei nº 6.194/74, incluída pela Lei nº 11.945/09 faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência.

Danos Corporais Totais	Percentual da Perda
Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-	



comportamental	
alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre	
deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d)	
comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das Perdas
Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	70
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo Polegar	25
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da Mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais das Perdas
Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação	50



(mudez completa) ou da visão de um olho	
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

Denota-se, portanto, que o Requerente não recebeu o valor devido, qual seja: **R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais)**, em decorrência de sua lesão ser de *grau médio*, que é o **equivalente a 50% do valor máximo pago pelo membro acometido (R\$ 9.450,00 = 70% de R\$ 13.500,00)**, conforme tabela, nos termos da Lei nº 6.194/74, que dispõe sobre Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não, devendo ser indenizado pelo seguro, como medida de direito, já que teve **perda parcial da mobilidade do MID**.

Salienta-se que o Requerente faz jus ao valor equivalente a lesão do seguro obrigatório DPVAT, uma vez que resta comprovado na documentação acostada aos autos **o nexa causal entre o acidente e a lesão permanente**, pois conforme o Art. 5º da Lei 6.194/74, não há que se discutir acerca da culpabilidade da vítima no evento danoso, devendo-se reconhecer a responsabilidade objetiva, visto que o pagamento da indenização do seguro obrigatório se satisfaz diante da comprovação do acidente e do nexa causal, independentemente da aferição de culpa pelo sinistro, senão vejamos:

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". (grifo nosso).

Há que se ressaltar que, na época própria, toda a documentação exigida pela Lei foi apresentada à Seguradora que fez o referido pagamento, pois se assim não fosse, obviamente, a mesma não teria efetuado o pagamento nem mesmo do citado valor.



Logo, não cabe à Demandada, a esta altura, achar de exigir apresentação de quaisquer outras documentações para provar o sinistro, nexo causal e direito da parte autoral, já que tais provas foram cristalinamente consubstanciadas com tal documentação já em poder do Consórcio a que a demandada está vinculada.

Ainda sobre o direito do Requerente, a jurisprudência dominante, seguindo orientação do STJ, orienta que em havendo debilidade permanente no segurado, cabe a este o direito de receber da seguradora a indenização, desde que haja a comprovação do acidente e seja configurado o caráter permanente da lesão sofrida, não havendo necessidade de comprovação de pagamento do DUT, tão pouco de graduação da debilidade, senão vejamos:

“A lei não distingue a invalidez permanente em total ou parcial, ou seja, não perquire se leve ou grave a debilidade, bastando a configuração da permanência.

A jurisprudência assim já se posicionou afirmando que, mesmo caracterizada debilidade permanente em grau mínimo, é devida a indenização (TJDF - 2ª Turma Recursal dos Juizados Especiais, ACJ n. 2001.01.1.095419-9, Relator Juiz Benito Augusto Tiezzi, julgado em 08/05/2002)”. (2º JEC, COMARCA DE JOÃO PESSOA, PROCESSO DE Nº 200.2005.008.340 - 7) (no mesmo sentido: processo nº 200.2005.060.373 - 3, 1º JEC, Comarca João Pessoa). (grifo nosso).

Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia o demandante:

APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA. ACIDENTE DE TRÂNSITO. DPVAT. PAGAMENTO PARCIAL. COMPLEMENTAÇÃO DEVIDA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO DO RECURSO. - "(...) O



recibo dado pelo beneficiário do seguro em relação à indenização paga a menor não o inibe de reivindicar, em juízo, a diferença em relação ao montante que lhe cabe de conformidade com a lei que rege a espécie. III. Recurso especial conhecido e provido. (STJ - REsp 296.675/SP, Rei. Min. Aldir Passarinho Junior, 48 T, DJ 23.09.2002). - Constatada a invalidez permanente, o valor da indenização (DPVAT) deve observar o disposto na Lei vigente à data do sinistro, atribuindo-se o valor da indenização com base na gravidade e na irreversibilidade do dano causado à vítima.

(TJPB - ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo Nº 00000403620128150141, 1ª Câmara cível, Relator DES. LEANDRO DOS SANTOS, j. em 10-12-2013).

Diante disto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de complementação de indenização do seguro DPVAT à parte autora, **montante este a ser quantificado através de perícia médica e posterior enquadramento da invalidez na tabela de danos segmentares**, ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

II. 1 - DA LEGITIMIDADE PASSIVA DA SEGURADORA DEMANDADA

Tendo em vista o caráter eminentemente social desta modalidade de seguro, que visa dar cobertura a todas as vítimas de acidente de trânsito, transportadas ou não, independente de culpa, em face da Teoria da Responsabilidade Objetiva, a indenização será paga solidariamente, por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as Sociedades Seguradoras, incluindo-se, aí, a requerida, uma vez que participa do Convênio DPVAT.



Por esta razão, **a vítima pode acionar qualquer Companhia de Seguro**, em consonância com o artigo 7º, da Lei 6.194/74. Posto que, “através da Resolução 6/86, do Conselho Nacional de Seguros Privados, foi criado o Convênio DPVAT, do qual fazem parte todas as Seguradoras, com autorização para atuar nesta modalidade. **Em caso de acidente o beneficiário pode reclamar a indenização na Seguradora de sua preferência.**” (A reparação nos acidentes de trânsito, 3 ed. ED. RT, p.161 – Arnaldo Rizzato). (grifo nosso).

Portanto, como cediço, com a criação do convênio DPVAT, através da Resolução nº 06/86 do CNSP (Conselho Nacional de Seguros Privados), ocorrendo o sinistro, o beneficiário tem direito à indenização, que pode ser dirigida à seguradora de sua preferência, pois compõem o consórcio todas as seguradoras autorizadas a operar no ramo.

II. 2 - DA ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA

Cumpre salientar que o valor a ser pago **NÃO FOI ATUALIZADO** desde a data do sinistro, como determina a jurisprudência pátria:

“ACIDENTE DE VEÍCULO - INDENIZAÇÃO

-Sentença - Fundamentação sucinta - Nulidade - Inocorrência - Art. 458 do CPC - Motorista que para o caminhão na rodovia de forma imprudente - Culpa Comprovada - Reparação devida - Indenização por danos morais reduzida para 200 salários mínimos - Pensão mensal devida na proporção de 1/3 até a data em que o filho completaria 65 anos - Abatimento da indenização por danos morais do pagamento do seguro DPVAT - Indevido - **Incidência dos juros de mora a partir da data do acidente.**

(TJSP - APL 992070411920 - 35ª Câmara de Direito Privado - Relator: Melo Bueno - Julgado em 15/03/2010).” (grifo nosso).



No que tange a respeito da correção monetária, é certo adotar a data do evento danoso, pois como se sabe, a correção monetária não constitui parcela que se agrega ao principal, mas simplesmente recomposição do valor e poder aquisitivo deste. Tratando, apenas, na verdade, de nova expressão numérica do valor monetário aviltado pela inflação, pois quem recebe com correção monetária não recebe um “plus”, mas apenas o que lhe é devido, em forma atualizada.

Este é o entendimento do STJ:

AGRAVO REGIMENTAL. AGRAVO DE INSTRUMENTO. RECURSO ESPECIAL. AUSÊNCIA DE REGULARIDADE FORMAL. APLICAÇÃO DA SÚMULA 182/STJ. CORREÇÃO MONETÁRIA. TERMO INICIAL. REEXAME DE PROVAS. SÚMULA 7/STJ. SEGURO DPVAT. INVALIDEZ PARCIAL. PROPORCIONALIDADE. - Nas razões do agravo regimental, devem ser expressamente impugnados os fundamentos lançados na decisão hostilizada. Incidência da Súmula 182 do Superior Tribunal de Justiça.

II - "A indenização decorrente do seguro obrigatório (DPVAT) deve ser apurada com base no valor do salário mínimo vigente na data do evento danoso, monetariamente atualizado até o efetivo pagamento." (REsp 788712/RS, Rel. Min. ALDIR PASSARINHO JUNIOR, DJe 9.11.09).

III - Em âmbito de recurso especial não há campo para se revisar entendimento assentado em provas, conforme está sedimentado no enunciado 7 da Súmula desta Corte.

IV - Em caso de invalidez parcial, o pagamento do seguro DPVAT deve observar a respectiva proporcionalidade.

V - Agravo Regimental improvido.

(STJ, AgRg no Ag 1368263 - GO, Ministro SIDNEI BENETI, DJe 03/06/2011). (grifo nosso).



Recentemente o STJ aprovou a súmula 580, que assim dispõe:

"A correção monetária nas indenizações do seguro DPVAT por morte ou invalidez, prevista no parágrafo 7, artigo 5º da lei 6.194/74 redação dada pela lei 11.482/07 incide desde a data do evento danoso".

Portanto é justo que a correção monetária seja devida desde a data do acidente, ou seja, do efetivo prejuízo, para preservar o poder de compra do valor da indenização e, conseqüentemente, evitar o enriquecimento ilícito ou sem causa da seguradora. Assim sendo, é correta a incidência de atualização monetária e dos juros de mora desde a data do sinistro, qual seja **10/12/2019**.

Por fim, a parte Autora, não encontrando outra forma de solucionar o litígio, vem invocar a tutela jurisdicional do Estado, por intermédio de seu órgão judiciário, para dirimir tal conflito.

III - DOS PEDIDOS:

Assim, **com fulcro na Lei 6.194/74 alterada parcialmente pela Lei 8.441/92**, requer:

a) A citação da Promovida, no endereço retro declinado, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;

b) A PROCEDÊNCIA DA AÇÃO, para condenar a Promovida a pagar a diferença de: **R\$ 3.780,00 (três mil setecentos e oitenta)** já que o Autor recebeu administrativamente **R\$ 945,00(novecentos e quarenta e cinco reais)** , **totalizando assim R\$ 4.725,00 (50% do valor pago pelo membro acometido)**, face a invalidez parcial sofrida pela parte Autora adquirida através de sinistro de acidente de trânsito, devidamente corrigida e com juros de mora desde a data do sinistro **(10/12/2019)**, conforme entendimento dos Tribunais Superiores e conforme farta documentação acostada;



c) Seja a Demandada condenada em honorários advocatícios em 20% sobre o valor da condenação, mais custas e despesas processuais;

d) Seja deferido o benefício da justiça gratuita ao Autor, conforme o artigo 98 do CPC; Para fazer prova da hipossuficiência junta aos autos cópia da sua CTPS e extratos da sua conta bancária dos últimos 03 (três) meses com saldo de pouco mais de R\$ 300,00 (trezentos reais);

e) A DISPENSA da AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO prevista no Artigo 319, VII, do Código de Processo Civil, tendo em vista o demonstrado desinteresse da Requerida na composição consensual antes da perícia médica em demandas desta natureza.

IV- DAS PROVAS:

Protesta provar o alegado por meio das seguintes provas:

- ✓ **PROVA DOCUMENTAL**, com o fito de demonstrar o nexo causal entre o acidente e a invalidez do Autor, quais sejam: BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL, FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL, ENCAMINHAMENTO HOSPITALAR, RELATÓRIO DE CIRURGIA E EXTRATO DO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO.
- ✓ **PERÍCIA MÉDICA**, às expensas da Demandada, tendo em vista a demonstrada hipossuficiência do Requerente, devendo o *expert* responder aos seguintes quesitos:
 - a) Qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?
 - b) Se existe nexo causal entre o sinistro e a lesão causada no Autor?
 - c) Esclarecer se do acidente restou debilidade permanente de membro, sentido ou função?
 - d) Esclarecer se a debilidade é de caráter temporário e definitivo e qual o grau da lesão em porcentagem (de 0% a 100%):



Dá-se a presente o valor de **R\$ 3.780,00 (três mil setecentos e oitenta reais)** para efeitos fiscais.

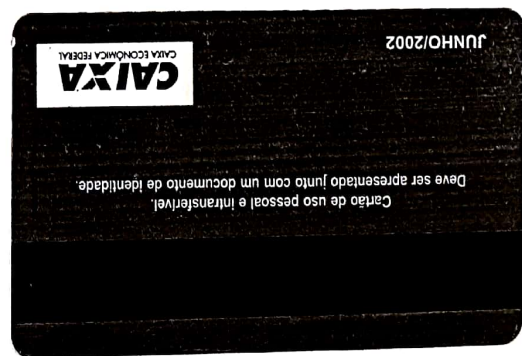
Nestes Termos,
Pede e Espera deferimento.

São Bento-PB, 04 de novembro de 2020.

MAYARA SOARES SILVEIRA
Advogada – OAB/PB nº 19.046

Vieira & Soares
Advocacia
Rua Ana Maria Ribeiro, 280 - Centro
São Bento - PB





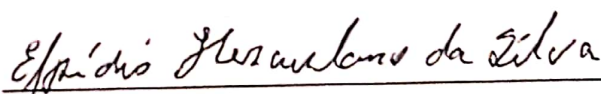
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA, brasileiro, viúvo, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº 432987 SSP/RO, inscrito no CPF sob o nº 343.569.404-15, residente e domiciliado rua Vicência Rodrigues de Vasconcelos, 206, Joao Olegário, São Bento -PB, , pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora:

OUTORGADA: MAYARA SOARES SILVEIRA, brasileira, casada, Advogada OAB/PB nº. 19.046 e ANA LUÍSA ALVES VERAS, brasileira, solteira, estagiária em direito, inscrita no CPF sob o nº: 070.573.124-31, com escritório profissional situado à Rua Ana Maria Ribeiro, nº. 280, Centro, São Bento-PB.

PODERES: a quem confere amplos poderes com a cláusula *ad judicia* para, como seu (a) advogado (a), representar o (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 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, **pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica**, conforme estabelecido no Artigo 105 do Código de Processo Civil, tudo precedido de expressa e escrita autorização do outorgante, dando tudo por bom, firme e valioso.

São Bento-PB, 06 de novembro de 2020.



ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Digitalizado com CamScanner





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas, telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200233729

Vítima: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Data do Acidente: 10/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000004917

Conta: 000006307-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado 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 - DAM, existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solti retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do 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 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

Digitalizado com CamScanner



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional
18ª Delegacia Seccional Católica do Rocha-PB
Delegacia de São Bento
Fone (83)3444-2804
Disque denúncia 197



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 355/2020

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data do fato: **10/12/2019** hora: **04:00 HRS**

Notificante: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , nascido em / / , documento: ,
filho(a) de e de , endereço: ***** , referência: .

Sob a responsabilidade do(a) Bel(ª): **EDMILSON DOS SANTOS A. NETO**

Vítima: **ELPIDIO HERCULANO DA SILVA**, alcunha " ", Nacionalidade:
brasileira, naturalidade: Paulista-PB, idade: 58 anos, nascido em
06/09/1960, cor/raça: ***** , Estado Civil: Viúvo , Profissão:
agricultor, Escolaridade: alfabetizado , documento: CPF
343.569.404-15, filiação: Elviro Manoel Herculano e de Eliza Maria
da Conceição, endereço: Rua Vicencia Rodrigues de Vasconcelos, 206,
João Olegário, São Bento-PB, referência: . Tel/Cel:(83) 99838-
8840;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que comparece para informar que na data de 10/12/2020 por volta das 04:00 hrs conduzia a moto Honda Biz 125 ES, 2006/2006, prata, chassi 9C2JA04206R825222, placa MNG-8222 licenciada e de propriedade de Francisca Sueli de Sousa Ramalho; Que trafegava pela Av. Pedro Eulámpio entre os postos de combustíveis, Vieira e Dois Irmãos, quando colidiu na traseira do caminhão de coleta de lixo que estava estacionado; Que em consequência do acidente sofreu uma fratura na perna direita; Que recebeu os primeiros atendimentos no hospital de São Bento-PB e em seguida encaminhado para o hospital de regional de trauma de Patos-PB onde foi submetido a cirurgia. Nada mais a consignar.

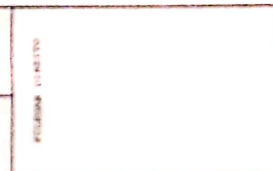
São Bento-PB, 30 de junho de 2020. Às 09:29 horas.

Epidio Herculano da Silva

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

P. T.
Assinatura do Policial responsável pelo registro
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim
Matrícula: 168.203-2



Digitalizado com CamScanner



ENCAMINHAMENTO

Encaminho o Paciente Elpidio Horacio O. P. ^{59 anos}
Residente na (o) Denerio Saturnino dos Santos / Sotearmento Patal
Município de Recife - PE
Para o (a) Hospital Regional
Na cidade de Patos

MOTIVO

paciente vítima de colapso por trauma
ocasionado por acidente de trânsito de T.C.
e lesões de grau IV. lesões graves
e conduta de resgate em hospital

OBS. O encaminhamento foi realizado pela Secretaria da Saúde de São Bento-PB

Atenciosamente,

São Bento -PB, em 10/12/18

Dr. Antonio Rogério de L. Paiva
Médico
CRM-PB 8420 RN 7473
CNS 700803134002750





19 ☐ Retardado (>25%) 20 Ausente

ALSO

atv ☐ Desagrad ☐ Fato ☐ Objeto ☐ Anamnese

C.G.

nal ☐ Aband ☐ Não realizado

EXAME NEUROLÓGICO

ção ☐ Sensibil ☐ Otor ☐ Control ☐ Otor ☐ Rigidez ☐ Músculos

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

atuação ☐ Ausência vaginal ☐ Normal ☐ Semelh ☐ Trabalho de parto ☐ Outros: _____

EXATIDÃO E PROCEDIMENTOS

EXATIDÃO

PROCEDIMENTOS

obstrução vias aéreas ☐ Intubação naso / orotraqueal ☐ Cineses orofaringeas ☐ Oxiatorrinosom ☐ Ventilação mecânica (manual - "AMBU")

placido ☐ Instalação de oxigênio (O₂) ☐ Desagregação torácica ☐ Massagem cardíaca externa ☐ Desfibrilação / cardioversão ☐ Controle de hemorragia

ativo ☐ Função vesical ☐ Sonda gástrica ☐ Sonda vesical ☐ Sonda ☐ Imobilização de membros ☐ Otor cervical ☐ Tóxico / tração

freqüência ☐ Outros: _____

CADEINAMENTO

TRATAMENTO / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

9 F99%

COLAÇÃO / INTERCORRÊNCIAS

p.c. com c. Gu't. - 55 UN ptamz, subgêdo putado de
interf. c. oss a up 5 F99% e encunhado ou
Hann P for les vige l. c. m. d. co.

COLAÇÃO / INTERCORRÊNCIAS

óculo após atendimento ☐ Recusa o atendimento ☐ Óculo no local ☐ Óculo durante o atendimento ☐ Óculo durante o transporte

EXEMPLO DE TRANSPORTE

óculo dire ☐ Direção lateral ☐ Direção vertical ☐ Sonda ☐ Direção de entrada (colapso)

EXEMPLO DE SAÚDE

EXEMPLO

: _____ R.G.: _____

ATUA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

DE: _____ COT: _____ PART: _____

PERSONA: Jul M. Sampaio CORE: 372507 PART: 372507

CO DE ESPERAN: _____ CORE: COREN/PB: 372.507 PART: _____

URTI: Uma PART: _____

NOME: ELPÍDIO HERCULANO DA SILVA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE CAUSADO POR MOTOCICLETA NA CIDADE DE SÃO BENTO – PB NO DIA 10/12/2019. APRESENTAVA DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO. FOI ATENDIDO E ENCAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL DE PATOS, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA DCP 4.5 mm E PARAFUSOS CORTICAIS. NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE DE ALTA ORTOPÉDICA.

AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA CICATRIZ DE 30 (TRINTA) CENTÍMETROS EM FACE ANTERIOR DA PERNA, ATROFIA DOS COMPARTIMENTOS MUSCULARES DE 2,5 CENTÍMETROS, DEFICIT DE FORÇA FORÇA EXTENSORA DO JOELHO E TORNOZELO GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 40° E DA EXTENSÃO EM 10°, APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE MODERADA.

APRESENTA UM COMPROMETIMENTO MODERADO DA FUNÇÃO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO (50%)

SÃO BENTO – PB 14/08/2020

Dr. Tiago Martins Fortes
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PS 8035 - CRL-PE 24477
TEOT 14-30

Digitalizado com CamScanner



aguardando
atendimento
OT-11

AM02

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data: 10/12/19 Hora: 11h30 Gênero: (X) M () F Idade: 58 anos
 Nome/Nome Social: Epidio Honeulans da Silva
 Origem*: Hospital de São Bento Regulado? (X) Sim () Não
 Encaminhado? (X) Sim () Não
 Cidade: São Bento Transporte: ambulância
 Queixa principal/História atual de doença/Início dos sintomas: Fratura exposta de tíbia e fíbula direita

Motivo do atendimento* 053 Acidente de trabalho? () TS? ()

Alergia? (X) Não () Sim

Uso de medicação? () Não (X) Sim Captopril, glibenclâmida, outu

Doença prévia? () Não (X) Sim HAS, DM, ansiedade

Temp. ____ °C Pulso ____ bpm Resp. ____ irpm SpO₂ ____ % PA ____ mmHg HGT ____ mg/Dl

Escala de Dor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



Sem dor



Dor Leve



Dor moderada



Dor forte



Dor muito forte



Dor insuportável

Classificação de Risco: () vermelha (X) laranja () amarela () verde () azul

Especialidade Médica: Ortopedia

Acompanhante: () S/Acomp. (Setor Crítico) () S/Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)

(X) Acomp. p/menor de 18 anos ou maior de 60 () Acomp. p/paciente com cond. Clínica limitadora

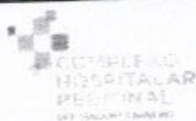
*Consultar tabela para preencher

Dalvani do M. Martins

Enfermeiro
COLEGIADO

Enfermeiro/Carimbo





CONTROLE DA PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS SFH/CCIH



*Nome Eládio H. de Silva Prontuário _____
Clínica Ortopedia Enfermaria _____ Leito _____ Data de Admissão 10/12/14
Sexo ☒ Masc. () Fem. **Peso _____ **Idade 59
*Indicação de Antimicrobiano: () Profilático () Terapêutico
Se uso profilático por tempo maior que 48 horas, justifique: _____

*Topografia da infecção: () Trato urinário () Respiratória () Cirurgia
() Pele e Tecido subcutâneo () Corrente sanguínea () Outra _____
Classificação da infecção: () Comunitária () Hospitalar

*Antimicrobianos/Dosagem	*Via	*Posologia	*Tempo (dias)
1 <u>Cefazolina 5g</u>	<u>(IV)</u>	<u>08/08h</u>	<u>0725</u>
2 <u>Gentamicina 80mg</u>	<u>(IV)</u>	<u>28/08h</u>	
3			

Se o tempo de uso do antimicrobiano for maior do que 14 dias, justifique: _____

*Itens de preenchimento obrigatório para início da liberação de antimicrobiano.

**Apenas se idade menor de 12 anos

Data: 10/12/14

Identificação do Médico _____

João H. Suassuna Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 7417

Assinatura/Carimbo

Justificativa da utilização de antimicrobiano de uso restrito: _____

PARECER: () De acordo
() Contrário

Data: ____/____/____

Observações: _____

CCIH _____ SFH _____



ENCAMINHAMENTO

Dr. João
59 anos

Encaminho o Paciente Elpidio Hercules O Rê
Residente na (o) Deverino Jaturino dos Santos / Sotearmento Portal
Município de St. Bento / PB
Para o (a) Hospital Regional
Na cidade de Patos

MOTIVO

pac. vítima de colisão prot-tora.
(ocupant de mot), partim. de Vels.
e fratura do osso do ant. Sup. do osso
e condito do osso do ant. do osso
fratura exp. GA - III

OBS. O encaminhamento foi realizado pela Secretaria da Saúde de São Bento-PB

Atenciosamente,

São Bento -PB, em 10 / 12 / 18

Dr. Antonio Rogério de L. Paiva
Médico
CRM-PB 8429 / RN 7473
CNS 700593431002755



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES 2605473
NOME HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO
ENDEREÇO RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N
CIDADE PATOS UF PB

CNPJ 08.778.268.0023/76

CLASSIF. RISCO VERDE
ORIGEM SÃO BENTO-HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO
PACIENTE ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

NOME SOCIAL ALIZA MARIA DA CONCEICAO
FILIAÇÃO I ALVIRO MANOEL HERCULANO
NASCIMENTO 06/09/1968 IDADE 59a 3m COR PARDO GÊNERO M
PROFISSÃO APOSENTADO
ENDEREÇO RUA SEVERINO SATURNINO DOS SANTOS nºSN
CIDADE SAO BENTO U.F PB BAIRRO LOTEAMENTO PORTAL
TELEFONE 8399244232
CNS 700500703441353 R.G 432987 CPF 343.569.404-15 REG. NASC.
ESTADO CIVIL VIUVO

F.A.A 82447
MOTIVO DOR NA PERNA
DATA 10/12/2019 Horário: 11:40
CARACTER 02 -URGENCIA
PROCEDIMENTO 0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO
CONVÊNIO SUS AMBULATORIO
TRANSPORTE AMBULANCIA BRANCA
PRESTADOR JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO

PRONTUÁRIO 42037
OPERADOR AARAUJO
TIPO DE SERVIÇO URGENCIA E EMERGENCI

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Elisiam Lima da Silva

PESO= PA= X mmHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SPCITAÇÃO DE PARECER
min

DIAGNÓSTICO

CID

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIAMENTO PELO SISTEMA TNM

INFORMAÇÃO

Dr. Marcelo Augusto Serrhini
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6196 - SGP 7 3302

03/01/2020



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	82452	HORA	12:30	PRONTUÁRIO	42037
DATA	10/12/2019	URGENCIA		OPERADOR	LCLEA
CLASSIF. RISCO					
ORIGEM	SÃO BENTO-HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO				
MÉDICO	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO				
MOTIVO	DOR NA PERNA				
PACIENTE	ELPIDIO HERCULANO DA SILVA			IDADE	59a 3m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	ALIZA MARIA DA CONCEICAO				
FILIAÇÃO II	ALVIRO MANOEL HERCULANO				
CIDADE	SAO BENTO	PB	58865000		
ENDEREÇO	RUA SEVERINO SATURNINO DOS SANTOS SN				
CELEFONE	LOTEAMENTO PORTAL PAULISTA				
CELULAR	8399244232				
C.N.S.	700500703441353	IDENTIDADE	432987		
C.P.F.	343.569.404-15	REG. NAC.			
NASCIMENTO	06/09/1960	COR	PARDO		
EST. CIVIL	VIUVO	PROFISSÃO	APOSENTADO		

RESPONSÁVEL ELPIDIO HERCULANO DA SILVA Ass. Resp./Paciente *Elpidio Herculano da Silva*

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Vitima de acidente de trânsito 10/12

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

Dor excessiva + dor nas pernas

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Rx Perna @ rx p*

DIAGNÓSTICO *Fração Exposta (Roxo) @* CID _____

DADOS DA SAÍDA

Data *12/12/19* Hora *08* H *00* Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

ÍCO/CRM

Dr. Leonardo Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6618 - TEOT 12491





Nome do Paciente: <u>61 Anio Hercunio de Siqueira</u>		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: <u>10/12/19</u>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <u>Dr. João Suassuna</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Gerson Mendes</u>	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesista: <u>Dr. Ulysses</u>	Tipo de Anestesia:	
Diagnóstico Pré- Operatório: <u>Fratura exposta antebraço direito</u>		
Tipo de Cirurgia: <u>Osteossintese antebraço direito</u>		
Diagnóstico Pós- Operatório: <u>O mesmo</u>		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no ato:		
Acidente Durante a Cirurgia:		

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1) <u>Portar o paciente sob anestesia geral</u>
2) <u>Exatidão + colocação da placa</u>
3) <u>Aplicação de fios + colocação dos pontos de sutura</u>
4) <u>Hemostasia vascular satisfatória + LMC fixada com SF 0.1%</u>
5) <u>Remoção dos pontos + fixação de fios e pontos</u>
6) <u>Suturas e curativos</u>
João H. Suassuna Laureano Ortopedia e Traumatologia CRM 7417

RELATÓRIO DE CIRURGIA

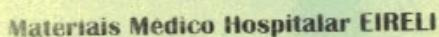


PACIENTE: <u>Elpidio Herculano da Silva</u>				 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DR. JANDURY CARNEIRO  GOVERNO DA PARAÍBA	
QT.: <u>A. Amoreli</u>	LEITO: <u>02</u>	CONVÊNIO: <u>SUS</u>	IDADE: <u>59</u>		REGISTRO: <u>42037</u>
CIRURGIA: <u>Pro. Cirurgico de Int. Externa</u> <u>Fibria</u>		CIRURGIÃO: <u>Dr. João</u>			
ANESTESIA: <u>Raque</u>		ANESTESISTA: <u>Dr. Ritor</u>			
INSTRUMENTADORA: <u>Guogel</u>	DATA: <u>10.12.19</u>	INÍCIO: <u>12:50</u>	FIM: <u>14:00</u>		

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador		Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scalp <u>50,97</u>
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <u>No</u>
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
X	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala	1	Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
X	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neocaín <u>PESADA</u>		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10 cm
	Quelicín		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nesogástrica
	Dorminid		Éter Sulfúrico
	Fetanil 0,05 mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%	X	Esparadrapo
	Etodimide	X	Xilocaína Gel
	Ketalar	X	Álcool 70%
	Pubicovaína 0,5%	X	PVPi Tintura
1	Dímorf	X	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	1	Agulha Descartável
1	Água destilada 10 ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
1	Cefalotina 19 g <u>cefazolin</u>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixtal <u>hexametazone</u>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plasil <u>ondaschone</u>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
1	Tilatil		Cat-gut Simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500 mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
1	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut Simples 3-0 c/ agulha
	Abbocate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		<u>Nylon 3-0</u>
			<u>1 unil 0</u>





6818

PEDIDO DE VENDAS

N⁹

Caixa Pronta

☐ Caixa Fixa

NF N°

Prontuário 42037

Hospital HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Vendedor THIAGO

Paciente EL PILLO HERCULANO DA SILVA

Data 10, 12, 19

Médico Dr. JOÃO SUASSUNA

Instrumentador LEIDIANE

Convênio SUS

Procedimento TRATA CIRUR. DE FRACTURA DE TIBIA

[illegible]

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidrio da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibe/PE - CEP 54765-138

FONE: (81) 3129-2456

E-mail: cromusltda@gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

Branca - Faturamento | 2ª Via Amarela - Hospital | 3ª Via Rosa - Comercial



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:38:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209385575800000034910201>

Número do documento: 20111209385575800000034910201

Num. 36569076 - Pág. 9

TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente Termo de Consentimento Informado tem o objetivo de informar ao paciente e/ou responsável, quantos aos principais aspectos relacionados ao procedimento cirúrgico ao qual será submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de profissionais e prestadores de serviços do Complexo Hospitalar Regional Deputado Jandúhy Carneiro.

Nome do Paciente Elpidio Hereulome da Silva RG 4.32987

Nome do Médico _____ CRM _____

Procedimento Cirúrgico _____

☐ a da realização _____ / _____ / _____

- ☐ 1. Fui informado que as avaliações e exames realizados revelaram alterações e diagnósticos de meu estado de saúde, com indicação de realização do procedimento cirúrgico descrito acima.
- ☐ 2. Recebi todas as informações necessárias quanto aos riscos, benefícios e alternativas do procedimento proposto. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas satisfatoriamente.
- ☐ 3. Compreendo que durante o procedimento poderão apresentar-se outras situações ainda não diagnosticadas, assim como poderão ocorrer situações imprevisíveis. Estou ciente que em procedimentos médicos invasivos, como o proposto, podem ocorrer complicações gerais, inclusive risco de morte.
- ☐ 4. Estou ciente de que para realizar o procedimento proposto, será necessário o emprego da anestesia, cujos métodos, as técnicas e os fármacos serão indicados pelo médico anestesia, estando também ciente dos riscos e benefício e alternativa.
- ☐ 5. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue ou hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
- ☐ Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente possa ser encaminhado para exames histopatológicos ou microbiológicos pertinentes.
- ☒ 7. Confirmo que recebi explicações, li, compreendo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular ou questionar qualquer parágrafo ou palavras com as quais não concordasse. Assim tendo conhecimento, autorizo a realização do procedimento proposto.

Patos, 10 de Dezembro de 2019

Alisson Lima da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA

Declaro que esclareci ao paciente/responsável, sobre o procedimento cirúrgico proposto, resultados esperados, riscos, alternativas previsíveis e intercorrências inesperadas, bem como as consequências que poderão decorrer da recusa em aceitar o procedimento proposto. Respondo todas as perguntas feitas pelo paciente/responsável e acredito ter sido compreendido. Assumo a responsabilidade pela realização do procedimento cirúrgico a que será submetido.



Hospital Regional de Patos - RX

000000596575

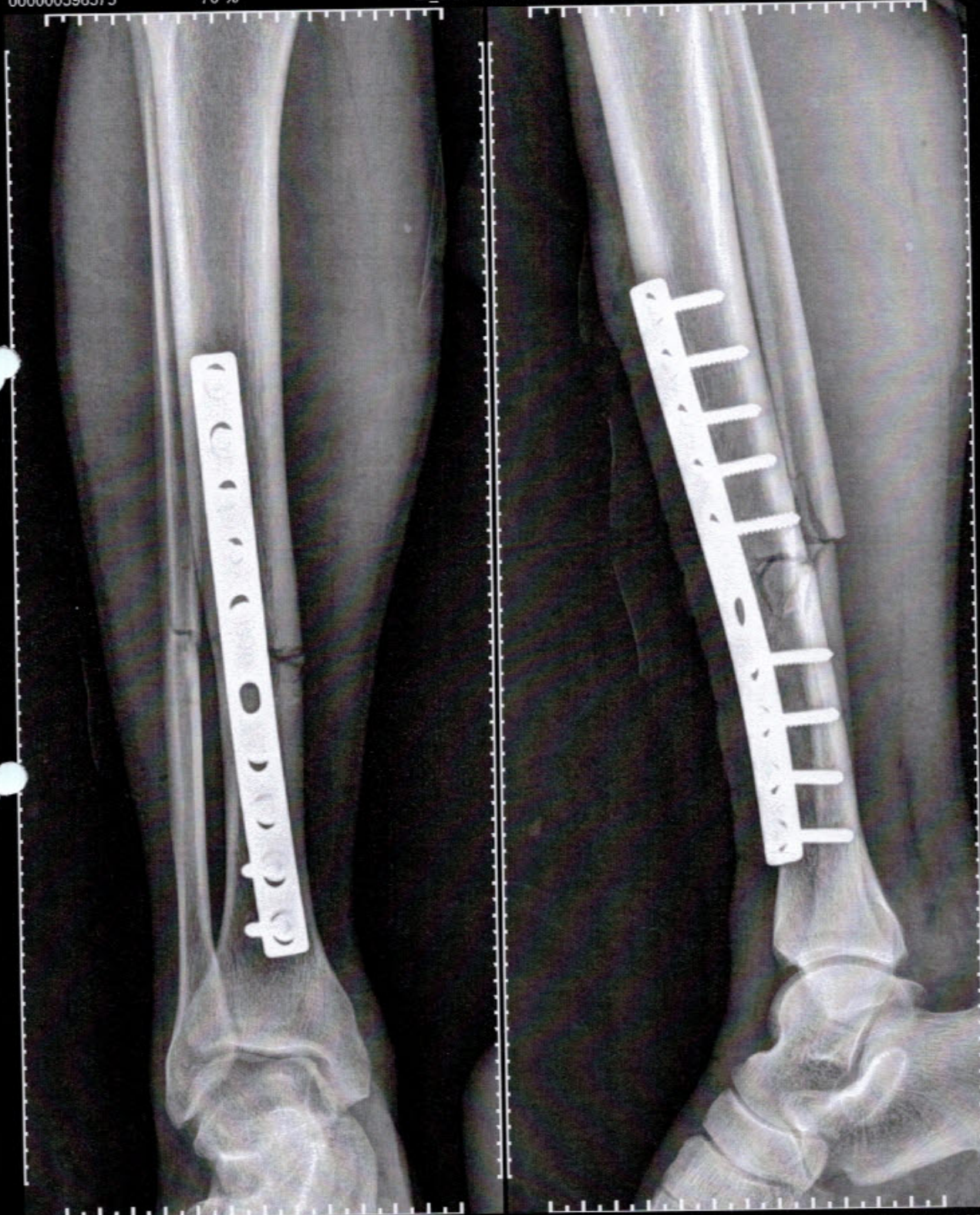
70 %

El_s:399

000000596575

70 %

El_s:331



Tibia /Fibula D, AP

10/Dez/2019 18:01:30

Tibia /Fibula D, Lateral

10/Dez/2019 18:02:02

000000033915

ELPIDIO HERCULANO DA SILVA, *6/Set/1960



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:38:55

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209385575800000034910201>

Número do documento: 20111209385575800000034910201

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	82452	PRONTUÁRIO	42037
DATA	10/12/2019	HORA	12:30
MÉDICO	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO	OPERADOR	LCLEA
PACIENTE	ELPIDIO HERCULANO DA SILVA	IDADE	59a 3m

RESUMO CLÍNICO:

DIAGNÓSTICO:

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA ☐ Curado ☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Óbito

DESTINO ☐ Residência ☐ Atendimento domiciliar

☐ Transferência para _____

PATOS/PB, ____ DE ____ DE 20__.

HORA DA ALTA MÉDICA: _____

MÉDICO/CRM



< Extrato por período

Horários e Limites

Extrato

DATA MOV.	NR. DOC.	HISTÓRICO	VALOR
09/08/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	619,11 C
10/08/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	619,11 C
10/08/2020	000000	CRED JUROS	0,80 C
		Saldo	619,91 C
10/08/2020	101308	SQ CX AQUÍ	100,00 D
		Saldo	519,91 C
14/08/2020	141447	SQ CX AQUÍ	250,00 D
		Saldo	269,91 C
19/08/2020	<u>000197</u>	<u>CRED TED</u>	600,00 C
		Saldo	869,91 C
24/08/2020	221604	SAQUE ATM	150,00 D
		Saldo	719,91 C
26/08/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	719,91 C
28/08/2020	281431	SAQUE ATM	150,00 D
		Saldo	569,91 C

RETORNAR

Digitalizada com CamScanner



< Extrato por período

Horários e Limites

Extrato

DATA MOV.	NR. DOC.	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	0,00
		Saldo	569,91 C
09/09/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	569,91 C
09/09/2020	091617	SAQUE ATM	60,00 D
		Saldo	509,91 C
10/09/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	509,91 C
10/09/2020	000000	CRED JUROS	0,31 C
		Saldo	510,22 C
16/09/2020	161607	SAQUE ATM	160,00 D
		Saldo	350,22 C
19/09/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	350,22 C
19/09/2020	000000	CRED JUROS	0,28 C
		Saldo	350,50 C
25/09/2020	251639	SAQUE ATM	100,00 D
		Saldo	250,50 C
25/09/2020	200925	SAQUETERMI	2,30 D
		Saldo	248,20 C
30/09/2020	301527	SAQUE ATM	60,00 D
		Saldo	188,20 C

* 661 - Os lançamentos de extrato não estão disponíveis.

RETORNAR

Digitalizada com CamScanner



< Extrato por período

Horários e Limites

Extrato

DATA MOV.	NR. DOC.	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	0,00
		Saldo	188,20 C
02/10/2020	000197	CRED TED	600,00 C
		Saldo	788,20 C
05/10/2020	031753	SAQUE ATM	600,00 D
		Saldo	188,20 C
10/10/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	188,20 C
10/10/2020	000000	CRED JUROS	0,12 C
		Saldo	188,32 C
19/10/2020	301527	SAQUETERMI	2,30 D
		Saldo	186,02 C
19/10/2020	000000	REM BASICA	0,00 C
		Saldo	186,02 C
19/10/2020	000000	CRED JUROS	0,10 C
		Saldo	186,12 C
30/10/2020	000260	CRED TED	300,00 C
		Saldo	486,12 C
03/11/2020	311422	SAQUE ATM	100,00 D
		Saldo	386,12 C
03/11/2020	021705	SAQUE ATM	80,00 D
		Saldo	306,12 C

* 661 - Os lançamentos de extrato não estão disponíveis.

RETORNAR

Digitalizada com CamScanner



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR		
GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
12252	100004	RO	12/03/10
DATA DA ANOTAÇÃO			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			
NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
DATA DA ANOTAÇÃO			
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR			

06

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	
CGC/CPF/CEI	
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	UF
ESP. DO ESTABELECIMENTO	
CARGO	CBO Nº
DATA DE ADMISSÃO DE DE DE	
REGISTRO Nº	FLS. / FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	
1ª 2ª	
DATA DE SAÍDA DE DE DE	
1ª 2ª	
COM. DISPENSA CD Nº	
FGTS Nº DA CONTA	

07

Digitalizada com CamScanner



TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

124.23894.72-6

NÚMERO

3785848

SÉRIE

003-0

UF

PB

Elvécio Alexandre de Souza

ASSINATURA DO TITULAR



POLEGAR DIREITO



US





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

VARA ÚNICA DA COMARCA DE SÃO BENTO

Fórum "Gov. João Agripino Filho", Rua Praça Álvaro Dias, 65, Centro, São Bento-PB, cep 58.865-000 Tel.: (83) 3444-1225

E-mail: sbe-vuni@tjpb.jus.br

NÚMERO DO PROCESSO: 0802125-89.2020.8.15.0881

CLASSE: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) / ASSUNTO: [Seguro]

PROMOVENTE: ELPIDIO HERCULANO DA SILVA

PROMOVIDO: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

DECISÃO

Vistos.

Considerando que as seguradoras integrantes do Consórcio DPVAT, reiteradamente não celebra acordos no bojo de processos judiciais, exceto em casos especiais, bem como tendo em mente que a estrutura do Poder Judiciário nesta Comarca não é das mais robustas, não possuindo centro de conciliação, entendo ser desnecessária a designação de audiência de conciliação no presente caso, devendo a parte ré ser **citada para já apresentar contestação no prazo de 15 (quinze) dias.**

Seguindo a orientação contida da Recomendação 01/2015 do CNJ, a qual pode ser aplicada analogicamente ao caso em testilha, determino, desde já, **NOMEIO o Dr. Eduardo Chagas Carvalho, perito oficial cadastrado no TJPB (médico), atuante nessa Comarca, para realizar perícia médica no autor, a fim de comprovar as sequelas físicas oriundas do acidente automobilístico mencionado na exordial.**

Faculto ao autor juntar, no prazo da contestação, quesitos para serem encaminhados ao perito, bem como indicar assistente técnico. Caso já tenha juntado seus quesitos na inicial, desconsiderar esse item do presente despacho.

Outrossim, **intime-se a SEGURADORA LÍDER para efetuar o pagamento, em conta judicial vinculada a este processo, dos honorários periciais, arbitrados em R\$ 200,00 (duzentos reais), segundo cláusula 1.3 do Convênio 015/2014 TJPB.**

Cite-se a promovida para apresentar contestação em 15 (quinze) dias, apresentando seus quesitos, caso queira.



Com o depósito do valor dos honorários, intime-se o Perito indicado, o qual já fica automaticamente nomeado pelo Juízo, encaminhando-lhe os quesitos do Juízo, quais sejam: 1) Qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado e os respectivos CIDs? 2) Existe relação de causa entre o acidente de trânsito noticiado na petição inicial e a(s) lesão(ões) apresenta(s)? 3) Houve debilidade permanente do membro, sentido ou função? 4) A debilidade é de caráter temporário ou definitivo? Qual o grau, em percentagem (de 0% a 100%), da debilidade apresentada?

Com a designação da data da perícia pelo médico nomeado, intime-se a parte promovente para comparecer ao local designado pelo médico para a realização da perícia, munido, preferencialmente, de seus documentos pessoais e toda e qualquer documentação pertinente à demanda.

Com a entrega do laudo, falem as partes em 10 (dez) dias, informando se têm interesse em conciliar.

E, finalmente, entregue o laudo, oficie-se ao Banco do Brasil para que transfira o numerário depositado na conta judicial para a conta bancária indicada pelo perito.

Após o cumprimento de todos os itens acima mencionados, conclusos.

Expedientes necessários.

Cumpra-se, com atenção.

São Bento/PB, data do protocolo eletrônico.

[Documento datado e assinado eletronicamente - art. 2º, Lei n. 11.419/2006]

JOSÉ NORMANDO FERNANDES

Juiz de Direito em substituição



CIENTE.

