



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
36569 049	12/11/2020 09:41	Petição Inicial
36569 061	12/11/2020 09:41	PETIÇÃO INICIAL
36569 065	12/11/2020 09:41	DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCURAÇÃO E EXTRATO DO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO
36569 071	12/11/2020 09:41	BO, ATENDIMENTO SAMU, HOSPITAL E LAUDO MÉDICO
36569 076	12/11/2020 09:41	PRONTUÁRIO DA CIRURGIA
36569 082	12/11/2020 09:41	EXTRATO DA CONTA DOS ÚLTIMOS 03 MESES E CTPS DO AUTOR
36582 813	13/11/2020 18:29	Decisão
38199 021	06/01/2021 15:27	Informações Prestadas

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



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:38:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209385196600000034910176>
Número do documento: 20111209385196600000034910176

Num. 36569049 - Pág. 1

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. Epitácio 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:

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



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:

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



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 Excelênci a, 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	
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-	100



comportamental		
alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre		
deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (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 nexo 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 nexo 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 - 2^a 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 N° 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



reíbido 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 N° 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 LEGITIMITADE 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 açãoar 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 agraga 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 agravio 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, consequentemente, 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;

1
2

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



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%):





Mayara Soares Silveira
OAB/PB: 19.046
maysoaresadv@gmail.com
(83) 99930-8312

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

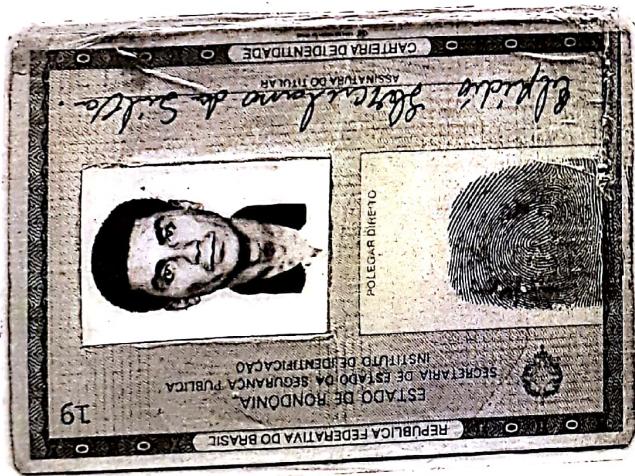
1
4

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



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:38:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209385434800000034910186>
Número do documento: 20111209385434800000034910186

Num. 36569061 - Pág. 14



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 Vicêncio 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
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 81 89. Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas. 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: $7,00\% \times 13.500,00 =$ 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 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 - DAM existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitado 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

Digitalizado com CamScanner



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



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(*): 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;

HISTÓRICO DO FATO

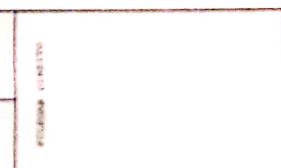
O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que comparece para informar que na data de 10/12/2020 por volta das 04:00 hrs conduzia a moto Honda Biz 125 ES, 2006/2006, prata, chassi 9C2JA04206R825222, placa MNG-8222 licenciada e de propriedade de Francisca Sueli de Sousa Ramalho; Que trafegava pela Av. Pedro Eulálio 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. As 09:29 horas.

Elpidio Herculano da Silva

Notificante Testemunha Arrogada
Pato

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



Digitalizado com CamScanner



ENCAMINHAMENTO

59 anos

Encaminho o Paciente

Eduardo Henrique J. P. P.

Residente na (o) Deverino Batatinha dos Santos/ Bairro Portal

Município de

Re. Bento - PB

Para o (a)

Hospital Regional

Na cidade de

Patos

MOTIVO

Feb. vaginal de colos moto. tam
susp. d- prof. gravidez. d. Tbc.
- lib. todo dts. folic. endo
- condit. de nalgas ond. p. b.

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

Atenciosamente,

São Bento -PB, em 10/12/18

Dr. Antônio Rogério da L. P. P.
Médico
CRM-PB 8420 RN 7473
CNB 70003134002788

Digitalizado com CamScanner



Digitalizado com CamScanner



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, DEFÍCIT 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 Mendes Borges
Ortopedia e Traumatologista
CRM-PB 8035 - CRM-FE 24451
TEST 14/08

Digitalizado com CamScanner



AMO2

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data: 10/12/19 Hora: 11 h 30 Gênero: M F Idade 58 anos

Nome/Nome Social: Epidio Henenlauv da Silva

Origem*: Hospital de São Bento

Regulado? Sim Não

Cidade: São Bento

Encaminhado? Sim Não

Transporte ambulância Brumado

Queixa principal/História atual de doença/Início dos sintomas Fratura exposta ole fibro e fibro direito

Motivo do atendimento* 053 Acidente de trabalho? TS?

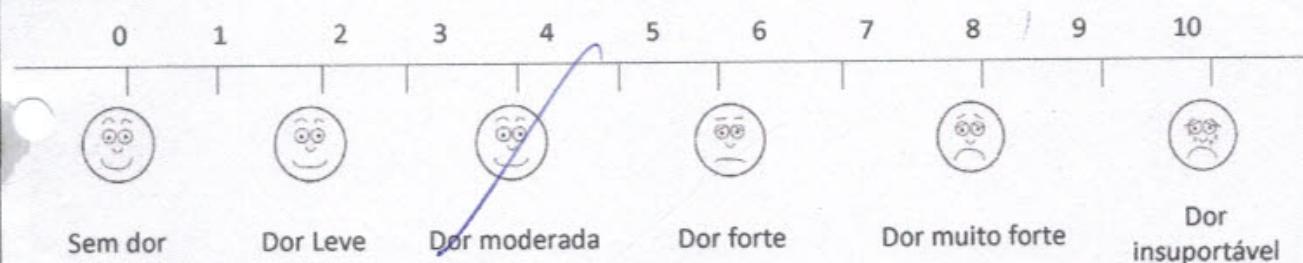
Alergia? Não Sim

Uso de medicação? Não Sim Captopril, glibenclamida, outu

Doença prévia? Não Sim HAS, DM, ansiedade

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

Escala de Dor



Classificação de Risco: **vermelha** **laranja** **amarela** **verde** **azul**

Especialidade Médica: Ortopedico

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

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

*Consultar tabela para preencher

Dalvani do N. Martins

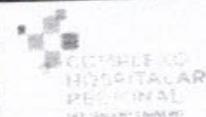
Enfermeiro

COLABORADOR

Dalvani

Enfermeiro/Carimbo





CONTROLE DA PRESCRIÇÃO DE ANTIMICROBIANOS
SFH/CCIH



*Nome Elpidio H. da Silva Prontuário _____
 Clínica Ortopedia Enfermaria _____ Leito _____ Data de Admissão 10/12/14

Sexo Masculino Feminino **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

*Antimicrobiano/Dosagem	*Via	*Posologia	*Tempo (dias)
1 Cefazolina 5g	(EV)	08/08/14	07/25
2 Gentamicina 300mg	(EV)	28/08/14	
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-PB 7417

Assinatura/Carimbo

Justificativa da utilização de antimicrobiano de uso restrito:

PARECER: De acordo

Observações: _____

Contrário

Data: 10/12/14

CCIH _____ SFH _____

ENCAMINHAMENTO

Dr. João
59 anos

Encaminho o Paciente

Residente na (o) Deverino Saturnino dos Santos / Bairroamento Portal

Município de

Para o (a) Hospital Regional

Na cidade de Patos

MOTIVO

Pct vrtim de colo prot-tora
(ouço pnt de mab) pratico. Dr. Drs-
e fbris todo int. pulos cult
e condit de colga on & p.d.t
Fractura expct. 6A - 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
CNE 700503131002756

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ 08.778.268.0023/76		
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO			
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N			
CIDADE	PATOS	UF PB		
CLASSIF. RISCO	VERDE			
ORIGEM	SÃO BENTO-HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO			
PACIENTE	ELPIDIO HERCULANO DA SILVA			
NOME SOCIAL		FILIAÇÃO II	ALVIRO MANOEL HERCULANO	GÊNERO M
FILIAÇÃO I	ALIZA MARIA DA CONCEICAO	IDADE	59a 3m COR PARDO	
NASCIMENTO	06/09/1960			
PROFISSÃO	APOSENTADO	BAIRRO	LOTEAMENTO PORTAL	
ENDERECO	RUA SEVERINO SATURNINO DOS SANTOS n°SN	CEP	58865000	
CIDADE	SAO BENTO	CELULAR	8399244232	
TELEFONE		CPF	343.569.404-15	REG. NASC.
CNS	700500703441353	R.G	432987	
ESTADO CIVIL	VIUVO			
F.A.A	82447	PRONTUÁRIO	42037	
MOTIVO	DOR NA Perna	OPERADOR	AARAUJO	
D.	10/12/2019 Horário: 11:40	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCI	
CABINETE	02 -URGENCIA			
PROCEDIMENTO	0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO			
CONVÉNIO	SUS AMBULATORIO			
TRANSPORTE	AMBULANCIA BRANCA			
PRESTADOR	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO			

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Luislison Lima da silva

PESO= PA= X mmHg TEMP=

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)

SCITAÇÃO DE PARECER
min

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

OBSERVAÇÃO () SIM () NÃO

MÉDICO/CRM/CNS

CID

CBO

EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA

ESTADIMENTO PELO SISTEMA TNM

INFARNA

03/10/2020

Dr. Marrelo Augusto Serrafim
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6196 - SBO/T 9402



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNACÃO	82452	HORA	12:30	PRONTUÁRIO	42037
DATA	10/12/2019			OPERADOR	LCEA
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA				
CLASSIF. RISCO	SÃO BENTO-HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO				
ORIGEM	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO				
MÉDICO					
MOTIVO	DOR NA PERNAS				
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				
BAIRRO	LOTEAMENTO PORTAL				
MUNICIPALIDADE	PAULISTA				
TELEFONE	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 SILV Ass. Resp./Paciente Elpidio Herculano da Silva

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

Vitiosos de origem de ferimento (hoje)

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

Doenças + Sintomas de ferimento (hoje)

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

Rx Pernas @ mdp

DIAGNÓSTICO

Festas excessivas horas (disfase) @ CID

DADOS DA SAÍDA

Data 12/12/19Hora 08 H 00 Min

MOTIVO

Alta Curado Alta Melhorado Alta a Pedido
 Transferência Evasão Óbito

DICO/CRM

*Dr. Leonardo Monteiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 6818 - TECIT 12491*

Nome do Paciente:		61 Pino Heráclito do S. S. S.		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia:		10/12/19	Enf.:	Leito:
Cirurgião:		Dr. José Suassuna		1º Auxiliar: Dr. Gonçalo Mello
2º Auxiliar:		3º Auxiliar:		Instrumentador:
Anestesista:		Dra. Utony		Tipo de Anestesia:
Diagnóstico Pré- Operatório: Fratura exposta artrose tibiofibula (1)				
Tipo de Cirurgia: osteossíntese artrose tibiofibula (1)				
Diagnóstico Pós- Operatório: Ofermo				
Relatório Imediato do Patologista:				
Exame Radiológico no ato:				
Acidente Durante a Cirurgia:				

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1) Parte-se os ossos proximais
- 2) ossos + colo do osso com ferida
- 3) artrose tibiofibula + desvio para tibiofibula
- 4) Hemostase Vaso subenter + LMC fixação 1
SF 0.91.
- 5) Remoção de ferida + fixação de ossos e feridas
- 6) tubos + curativo

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

RELATÓRIO DE CIRURGIA



PACIENTE: <i>Elpídio Herculano da Silva</i>					 COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DE JANDIÚ CARNEIRO
QD.: <i>A. Amoreli</i>	LEITO: <i>02</i>	CONVÉNIO: <i>SUS</i>	IDADE: <i>59</i>	REGISTRO: <i>42037</i>	
CIRURGIA: <i>190. Cirurgia de Art. Coxa e fibra</i>		CIRURGIÃO: <i>DR. João</i>			 GOVERNO DA PARAÍBA
ANESTESIA: <i>Raque</i>		ANESTESISTA: <i>DR. Rito</i>			
INSTRUMENTADORA: <i>Grogl</i>		DATA: <i>10.12.19</i>	INÍCIO: <i>12:50</i>	FIM: <i>14:00</i>	

NOTA DE SALA - MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipo p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo	1	Scalp <i>500,97</i>
	TX. Bomba de Infusão	1	Luva Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue	1	Lâmina de Bisturi <i>NO</i>
	TX. Monitor Cárdio-Respirador		Sonda Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
<input checked="" type="checkbox"/>	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
<input checked="" type="checkbox"/>	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
1	Neocaín <i>PESADA</i>		Atadura de Crepom 10 cm
	Halotano		Atadura de Crepom 20 cm
	Thionembutal		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
	Xilocafina a 2%	<input checked="" type="checkbox"/>	Esparadrapo
	Etodimide		Xilocafina Gel
	Ketalar	<input checked="" type="checkbox"/>	Álcool 70%
	Pubicovaina 0,5%	<input checked="" type="checkbox"/>	PVPI Tintura
1	Dimorf	<input checked="" type="checkbox"/>	Gases
	Lanexat 0,5 ml		Algodão Hidrófilo
	Narcan		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta		Vaselina Estéril
	Diazepan	12	Aguilha Descartável
<input checked="" type="checkbox"/>	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 <i>enazolna 250 mg</i>		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
1	Dixtal <i>oxametazolina</i>		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Plastil <i>ondaschone</i>		Cat-gut Simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut Simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut Simples 2-0 c/ agulha
	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		<i>Nylon 3.0</i>
			<i>Vicril 0</i>



FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: HRP Enfermaria: _____

Leito: _____ Nº Prontuário: _____ Data: 10/12/19

Nome: Elpidio Herculano de Souza -

Sexo: () Feminino Masculino Idade: 59 Peso: 67 kg Altura: _____ Cor: P

Data Nascimento: _____ / _____ / _____ Pressão Anterior Pulso: 125x76/66 Respiração: espontânea

Temperatura: afibril Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____

Hematórito: _____ Glicemia: _____ Uréia: _____ Outros: _____

na: _____ Aparelho Respiratório: OK Asma: Niça Bronquite: _____

Aparelho Circulatório: OK Eletrocardiograma: _____

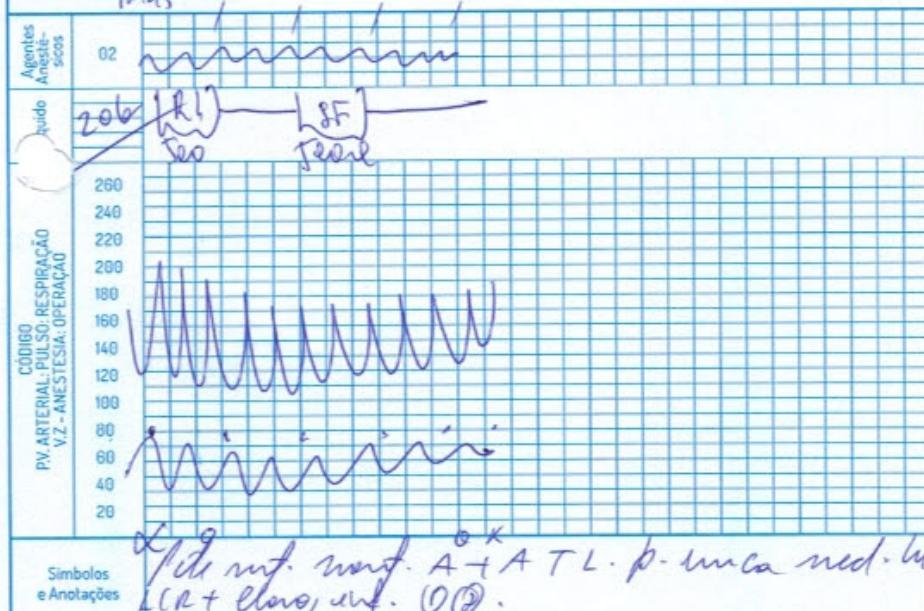
Aparelho Digestivo: Téfirum Dentes: _____ Pecoço: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: Lots Ataraxicos: _____ Corticoides: _____ Alergia: Aljer Hipotensores: _____

Diagnóstico Pré Operatório: Fractura tibial Estado Físico: _____ Risco: _____

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: 10.45 Aplicada às: _____ Efeito: _____



INDUÇÃO
Satisf _____ Excit _____ Tosse _____
Laringo Espasmo _____ Lenta _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____

MANUTENÇÃO
Anestesia Satisf. Sim _____ Não _____
Não, porque? _____

DESPERTAR
Reflexos na SO _____
Obstr. _____ CO2 _____ Excit. _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros _____
Com cânula _____
para o leito sim _____ não _____

Posição: lit. - DDH
Agentes: Oxif. fes. 15 mg + O2 Marfan 80 Cânula: _____
Técnica: laring Operação: rot. art. co tibia
es: D. J. José Furtado Anestesistas: MM
acões: _____





ortopedia e traumatologia

Materiais Medico Hospitalar EIRELI

6818

Caixa Pronta

Caixa Fixa

PEDIDO DE VENDAS

Nº

Prontuário 43237

Vendedor THIAGO

Data 10/12/19

Convenio
SUS

HOSPITAL REGIONAL DE PATOS

Paciente EL PIJO HERCULANO DA SILVA

Médico Dn. JOÃO SUASSUNA Instrumentador LIDIANE

Procedimento TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

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

E-fone: (81) 3129-2456 E-mail: cromusltda@gmail.com

FONE: (81) 3129-2456 E-mail: cr0musida@gmail.com
CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

CNPJ 14.784.339/0001-30 - In



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

Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:36:53
http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView_seam2x=2011209385575800000034910201

Número do documento: 201112093855758000000349102011

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, quanto 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 Janduhy Carneiro.

Nome do Paciente Elpidio Herenlomo da silva RG 4.329.87

Nome do Médico _____ CRM _____

Procedimento Cirúrgico _____

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 anestesista, 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.
- Confirmei que recebi explicações, li, comprehendo 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

S. 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. Respondi 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

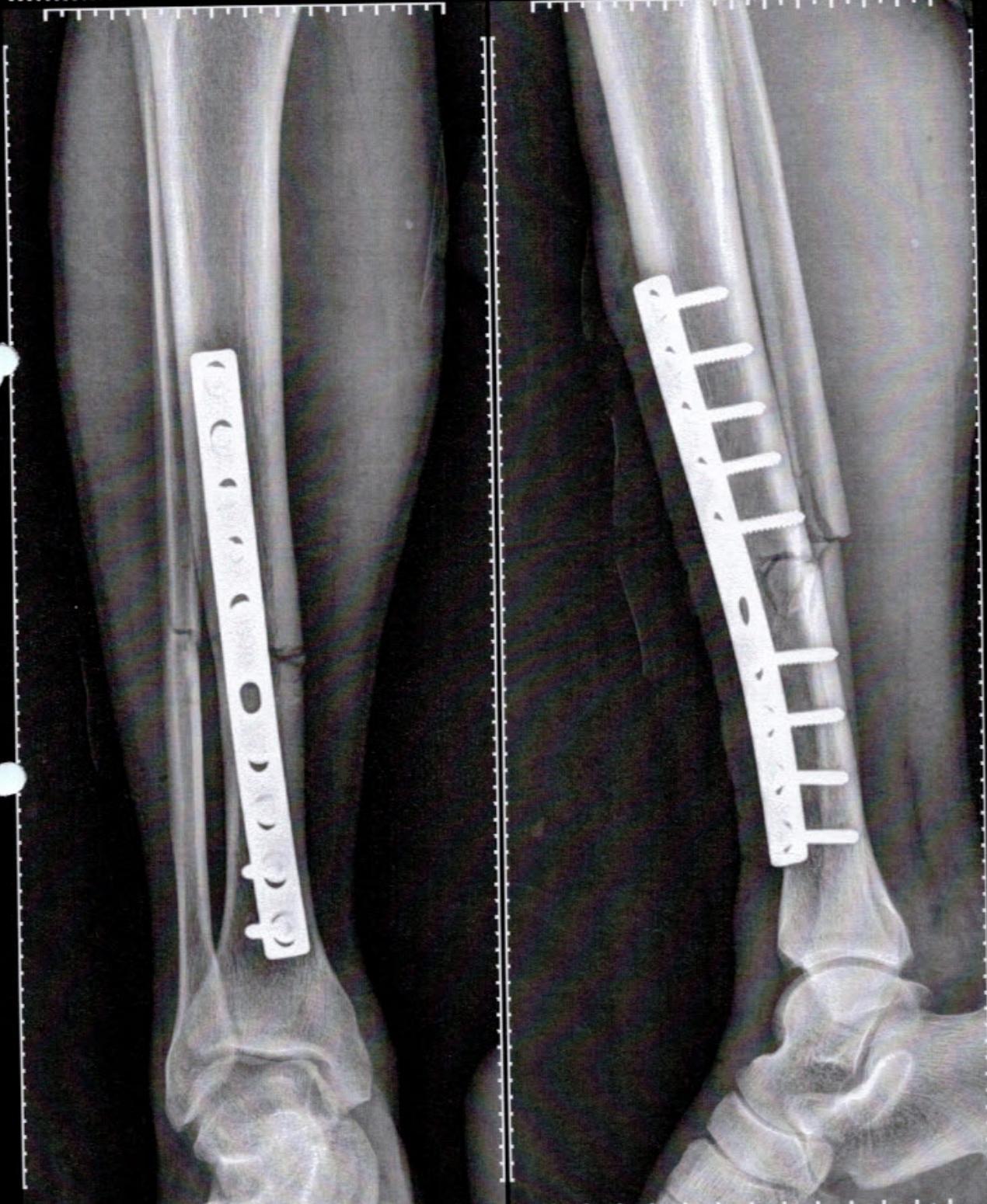
000000596575

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

Num. 36569076 - Pág. 11

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	82452	PRONTUÁRIO	42037
DATA	10/12/2019	OPERADOR	LCLEA
MÉDICO	JOAO HERBET SUASSUNA LAUREANO		
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 AQUI	100,00 D
			Saldo 519,91 C
14/08/2020	141447	SQ CX AQUI	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



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:38:56
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209385644800000034910207
Número do documento: 20111209385644800000034910207

Num. 36569082 - Pág. 1

◀ Extrato por período

Horários e Limites

Extrato

DATA MOV.	NR. DOC.	HISTÓRICO	VALOR
		SAÍDO 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



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:38:56
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209385644800000034910207
Número do documento: 20111209385644800000034910207

Num. 36569082 - Pág. 2

◀ 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 TFD	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 TFD	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



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:38:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209385644800000034910207>
Número do documento: 20111209385644800000034910207

Num. 36569082 - Pág. 3

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR				CONTRATO DE TRABALHO																									
GRUPO SANGUÍNEO FATOR RH		DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		EMPREGADOR.....																							
ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				CCG/CPF/CEI..... ENDEREÇO																									
DOADOR DE ORGÃOS (Dec. nº 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				MUNICÍPIO....., UF..... ESP. DO ESTABELECIMENTO..... CARGO																									
CARTEIRAS ANTERIORES				CBO N°.....																									
<table border="1"> <tr> <td>NUMERO</td> <td>SERIE</td> <td>UF</td> <td>DATA DE EMISSAO</td> </tr> <tr> <td>12352</td> <td>100004101</td> <td>1</td> <td>/ /</td> </tr> <tr> <td colspan="4">DATA DA ANOTACAO</td> </tr> <tr> <td colspan="4">ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR</td> </tr> </table>				NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSAO	12352	100004101	1	/ /	DATA DA ANOTACAO				ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR				<table border="1"> <tr> <td>DATA DE ADMISSÃO..... DE.....</td> </tr> <tr> <td>REGISTRO N°..... FIS./FICHA.....</td> </tr> <tr> <td>REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ASS. DO EMPREGADOR E DA SÉGUNDA TESTEMUNHA</td> </tr> <tr> <td>1^a..... 2^a.....</td> </tr> </table>				DATA DE ADMISSÃO..... DE.....	REGISTRO N°..... FIS./FICHA.....	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	ASS. DO EMPREGADOR E DA SÉGUNDA TESTEMUNHA		1 ^a 2 ^a
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSAO																										
12352	100004101	1	/ /																										
DATA DA ANOTACAO																													
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR																													
DATA DE ADMISSÃO..... DE.....																													
REGISTRO N°..... FIS./FICHA.....																													
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA																													
ASS. DO EMPREGADOR E DA SÉGUNDA TESTEMUNHA																													
1 ^a 2 ^a																													
<table border="1"> <tr> <td>NUMERO</td> <td>SERIE</td> <td>UF</td> <td>DATA DE EMISSAO</td> </tr> <tr> <td>12352</td> <td>100004101</td> <td>1</td> <td>/ /</td> </tr> <tr> <td colspan="4">DATA DA ANOTACAO</td> </tr> <tr> <td colspan="4">ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR</td> </tr> </table>				NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSAO	12352	100004101	1	/ /	DATA DA ANOTACAO				ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR				<table border="1"> <tr> <td>DATA DE SAÍDA..... DE.....</td> </tr> <tr> <td colspan="2">ASS. DA EMPREGADORA E DA SÉGUNDA TESTEMUNHA</td> </tr> <tr> <td>1^a..... 2^a.....</td> </tr> </table>				DATA DE SAÍDA..... DE.....	ASS. DA EMPREGADORA E DA SÉGUNDA TESTEMUNHA		1 ^a 2 ^a		
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSAO																										
12352	100004101	1	/ /																										
DATA DA ANOTACAO																													
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR																													
DATA DE SAÍDA..... DE.....																													
ASS. DA EMPREGADORA E DA SÉGUNDA TESTEMUNHA																													
1 ^a 2 ^a																													
<table border="1"> <tr> <td>NUMERO</td> <td>SERIE</td> <td>UF</td> <td>DATA DE EMISSAO</td> </tr> <tr> <td>12352</td> <td>100004101</td> <td>1</td> <td>/ /</td> </tr> <tr> <td colspan="4">DATA DA ANOTACAO</td> </tr> <tr> <td colspan="4">ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR</td> </tr> </table>				NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSAO	12352	100004101	1	/ /	DATA DA ANOTACAO				ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR				<table border="1"> <tr> <td>COM. DISPENSA CD N°.....</td> </tr> <tr> <td>FGTS N° DA CONTA:.....</td> </tr> </table>				COM. DISPENSA CD N°.....	FGTS N° DA CONTA:.....				
NUMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSAO																										
12352	100004101	1	/ /																										
DATA DA ANOTACAO																													
ASSINATURA E CÓDIGO DO FUNCIONÁRIO EMISSOR																													
COM. DISPENSA CD N°.....																													
FGTS N° DA CONTA:.....																													

06

07

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:38:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209385644800000034910207>
 Número do documento: 20111209385644800000034910207

Num. 36569082 - Pág. 4

TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getulio 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 à 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

Elvira Henrique da Costa

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



U3

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 12/11/2020 09:38:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111209385644800000034910207>
Número do documento: 20111209385644800000034910207

Num. 36569082 - Pág. 5



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 seguradores 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.



Assinado eletronicamente por: JOSE NORMANDO FERNANDES - 13/11/2020 18:29:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111318292488100000034923094>
Número do documento: 20111318292488100000034923094

Num. 36582813 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: JOSE NORMANDO FERNANDES - 13/11/2020 18:29:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111318292488100000034923094>
Número do documento: 20111318292488100000034923094

Num. 36582813 - Pág. 2

CIENTE.



Assinado eletronicamente por: MAYARA SOARES SILVEIRA - 06/01/2021 15:27:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21010615271230100000036433989>
Número do documento: 21010615271230100000036433989

Num. 38199021 - Pág. 1