



Número: **0829927-83.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **26/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ANTONIO GERALDO DA SILVA (AUTOR)		NATALIA JULIANA OLIVEIRA MENESES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39358682	11/02/2021 11:17	2783753_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128699

Vítima: ANTONIO GERALDO DA SILVA

Data do Acidente: 18/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO GERALDO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

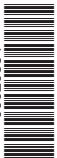
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15654476

Pag. 00661/00662 - carta_01 - INVALIDEZ

00020331





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

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200128699

Vítima: ANTONIO GERALDO DA SILVA

Data do Acidente: 18/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO GERALDO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 259,45
Juros:	R\$ 113,93
Total creditado:	R\$ 2.735,88

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ANTONIO GERALDO DA SILVA

Valor: R\$ 2.735,88

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 000000016723-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne 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

Pag. 00899/00900 - carta_30 - INVALIDEZ



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200128699 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO GERALDO DA SILVA **Data do acidente:** 18/08/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SEGMENTAR DE TÍBIA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.(PÁG.10)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



Autorização de pagamento

PEDIDO DO SEGURO DPVAT



MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: **ANTONIO GERALDO DA SILVA** 6 - CPF: **43161135468**
 7 - Profissão: **APRESENTADO** 8 - Endereço: **REVELIDES CARDLINO LIMA** 9 - Número: **145** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **SANTA ROSA** 12 - Cidade: **CAMPINA GRANDE** 13 - Estado: **PA** 14 - CEP: **58416290**
 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): **(83) 98689 7981**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
 18 - CPF do Representante Legal:
 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: **004** CONTA: **00016723** 7
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO:
 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascituro(s))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
 38 - 1ª | Nome: CPF:
 Assinatura da testemunha
 39 - 2ª | Nome: CPF:
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Campina Grande - PA, 04/01/2019**

Antonio Geraldo da Silva
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

15027015



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00049.01.2018.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 18/08/2017

Hora: 08:13:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua do Sol, Jardim Quarenta, Campina Grande, PB.

RECEBIDO

22 MAI 2018

Seguradora Líder DPVAT

PARTE(S)

VITIMA
Nome: Antonio Geraldo da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Ana da Conceição e José Geraldo da Silva
Idade: 76 Data de Nascimento: 23/08/1941 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Lagoa Seca
Estado Civil: viuvo(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Aposentado
Documentos(s) de Identificação: CPP nº 451.611.354-68
Endereço: Rua Euclides Carolino Lima, 145, Santa Rosa, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 99144-8791

Boletim de ocorrência



TESTEMUNHA
Nome: Antonio de Lima Araújo
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria de Lourdes Lima Araújo e Anizio de Souza Araújo
Idade: 66 Data de Nascimento: 25/10/1951 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Soledade
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Motorista
Documentos(s) de Identificação: RG nº 253514 SSP/PB
Endereço: Rua da República, 212, Centenário, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98855-3125

FECHINE
SERVIÇOS NOTARIAIS
Shiraine de Sousa Melo
Rua Marques de Almeida, 58, Centro, C. Grande, PB
FONE: (83) 3321-3002
Escritório

Procedimento Policial: 00049.01.2018.2.00.420



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e Defesa Social



TESTEMUNHA

Nome: Ailton da Silva Guedes
Conhecido por: Não informado
Filiação: Josefa da Silva Guedes e José Guedes do Nascimento
Idade: 53 Data de Nascimento: 05/12/1964 Identidade de Gênero: Não informado
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: Não informado
Escolaridade: Não informado Profissão: Segurança
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 456.464.304-53
Endereço: Rua José Peixoto, 55, Centenário, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Telefone: (83) 98632-9026

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 TITAN ESD, tipo de veículo Motocicleta, cor vermelha, ano 2015, placa OFH-3083, chassi 9C2KC1650FR017178, renavam 01041527796

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia de pé na rua Do Sol, bairro do Jardim Quarenta, momento em que o piloto da motocicleta Honda/CG 150 TITAN ESD, Ano/Modelo 2015/2015, cor vermelha, Placa OFH-3083-PB, Chassi de Nº 9C2KC1650FR017178, licenciada em nome de Gidaivo Rodrigues da Cunha Júnior, que vinha em sentido contrário e atingiu a vítima atropelando jogando contra o solo, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura da Tibia e Fíbula na perna direita e fratura no braço direito, conforme prontuário em anexo, sendo socorrida pelo Corpo de bombeiros e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 19 de fevereiro de 2018.

SEVERINO DE CARVALHO LOPES

Delegado(a) de Polícia Civil

Antonio Geraldo da Silva
ANTONIO GERALDO DA SILVA

Notificante

ADEMIR DA COSTA VILAR

Escrivão de Polícia

Procedimento Policial: 00049.01.2018.2.00.420

Autêntico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.

Campina Grande-PB 19/02/2018 15:01:22

Shirlaine de Sousa Melo - Estrevente

[2018-005699] EMB:R\$ 2,37 FAPEN:R\$ 0,20 FEPA:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12

CELA NOTITAL: AQL35689-ATF2

autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

FECHINE

SERVIÇO NOTARIAL
Shirlaine de Sousa Melo
Rua Manoel de Araújo, 16, Centro-Campina Grande-PB
FONE: (83) 3371-3002
Escrivante

2/2

Autorização de pagamento

PEDIDO DO SEGURO DPVAT



MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: ANTONIO GERALDO DA SILVA		6 - CPF: 43161135468	
7 - Profissão: APRESENTADO	8 - Endereço: R EUCLIDES CAROLINO LIMA	9 - Número: 145	10 - Complemento:
11 - Bairro: SANTA ROSA	12 - Cidade: CAMPINA GRANDE	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58416290
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): (83) 986897981	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:	

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECURSO INFORMAR	☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00	☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
---	---

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

☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **(004)** CONTA: **(00016723)** **(7)**

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (na Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (ou nascituros)? ☐ Sim ☐ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
		39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Campina Grande - PB, 02/08/2019**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

10022/2019



Comprovação de ato declaratório



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA
2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
CENTRO INTEGRADO DE OPERAÇÕES POLICIAIS

Campina Grande – PB, 17 de Janeiro de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 009/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 18/08/2017, conforme registro nº BM2017.0818.0813-00012, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido (a) por volta das 08h13min o Sr. **ANTONIO GERALDO DA SILVA**, documento de identificação nº **1093883 (2º via) SSP PB**, vítima de acidente de trânsito (**ATROPELAMENTO NÃO FATAL**) ocorrido na **Rua do Sol, bairro: Jardim Quarenta, cidade Campina Grande-PB**. Que a guarnição da viatura de prefixo **AR-33**, tendo como chefe o **CB Marcelo, Matrícula: 520.974-9**. A VÍTIMA ENCONTRAVA-SE CONSCIENTE COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO E UMA POSSÍVEL FRATURA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital Regional de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes.

Para constar, eu 1º SGT, **ERIC MEDEIROS MARINHO**, Matrícula 521.598-6 auxiliar do Centro Integrado de Operações Policiais, digitei a presente Certidão, que vai assinada por mim e pelo chefe do CIOP.

José Honório da Silva
MAT 520 114 - 4

JOSÉ HONÓRIO DA SILVA – 1º TEN QOABM
Chefe do CIOP

ERIC MEDEIROS MARINHO – 1º SGT BM

Eric Medeiros Marinho
Auxiliar do CIOP

FECHINE
SERVIÇOS NOTARIAL
4º OFÍCIO

Matheus de Paula Aires de Queiroz
Rua Marques do Herval, 58 - Centro, Campina Grande - PB
FONE: (83) 3223-3905
Escritório

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Campina Grande-PB 01/02/2018 10:32:17
Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escritório
[2018-003650] EMUL:R\$ 2,37 FAPPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,47 ISS:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: ABK27059-1895
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



GOVERNO
DA PARAÍBA

CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DA PARAÍBA-2º COMANDO REGIONAL DE BOMBEIRO MILITAR
AV. ALMEIDA BARRETO, N° 426 - SÃO JOSÉ, CEP. 56400-225 - CAMPINA GRANDE-PB
TEL. (83) 3216-0200 - FAX: (83) 3216-0206 - E-MAIL: corpo@tjpb.jus.br



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.735,88

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO GERALDO DA SILVA

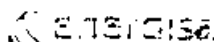
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000016723-7

Nr. da Autenticação 4A189241D32898B7





Ligar: 44004310
 Classe: RESUMO BIL RESIDENCIAL RESIDENCIAL
 Recebe: 19-10-1997
 Mendeir: 000073914

0220-3215-44-Subseção
 Telo: 100, Cópia: 5144120, CE: 024-200
 0220-3215-44-Subseção
 Telo: 100, Cópia: 5144120, CE: 024-200

0220-3215-44-Subseção
 Telo: 100, Cópia: 5144120, CE: 024-200

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	26/06/2019	25/07/2019	854.392.594-34

UC (Unidade Consumidora): 4/68169-2

Canal de contato

© 2007 The Authors
Journal compilation © 2007 Blackwell Publishing Ltd

Comprovante de residência[illegible]

CC-04 - The last day of school - 7/26/98

Page 1 of 1

Média diárias mensais (kWh) :	VENCIMENTO 03/07/2019	TOTAL A PAGAR R\$ 59.03
-------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Histórico de Consumo (kWh)

[illegible]

edc3.6fac.38Dd.d7c5.4fdf.ffae 964e ^721

Indicadores de Qualidade 9.2 9.3 9.4

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Descrição	Valor (R\$)	%
OCORRÊNCIAS DE TRFMS	0	0	220		0,00	0,00
OCORRÊNCIAS DE ATERRAMENTO	0	0	220		0,00	0,00
OCORRÊNCIAS DE FUSÍVEIS	0	0	220		0,00	0,00
OCORRÊNCIAS DE TUBERAÇÕES	0	0	220		0,00	0,00
OCORRÊNCIAS DE FIDELIDADE	0	0	220		0,00	0,00
OCORRÊNCIAS DE OUTROS	0	0	220		0,00	0,00
Total		0,00			0,00	0,00

Page 12 of 12

ATENÇÃO

REAGIR DO VIOLENTO Cada brasileiro, após receber notícias sobre morte ou prisão de alguém, procura saber o que aconteceu e o porquê. Mas, segundo o pesquisador da ABRELIA, Oprimando 2008, essa data não é nem positiva, nem negativa, suspendendo definitivamente o ciclo de violência. Cada caso de violência que ocorre é tratado com o devido cuidado, e a justiça é feita. O Brasil é um país democrático, e a liberdade de expressão é garantida. A população deve estar informada e participar ativamente da construção de um país melhor.

Features em inglês

Mar/19	64,31
--------	-------

BORTOFELIA

Order 12-201-632-54

03/07/2019

R\$ 59.03

8361000000-6 59030147000-1 00681692019-0 05700401019-4





CTC RECIFE PE PL7

PC-15

ANTONIO GERALDO DA SILVA
R EUCLIDES CAROLINO LIMA 145
CASA - 40
58416-290 CAMPINA GRANDE - PB

Postagem: 01/06/2018
encimeto: 13/06/2018
Emissão: 31/05/2018
data fatura: 08/07/2018

Comprovante de residência



Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	598,26
Pagamento efetuado em 14/05/2018	- 450,00
Saldo financiado	148,26
Encargos (financiamento + moratória)	22,77
Lançamentos atuais	777,16
Total desta fatura	948,19

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular **ANTONIO GERALDO DA SILVA**
Cartão **6062.XXXX.XXXX.8424**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento	A) pagamento total R\$	B) pagamento para rotativo (a partir de) R\$	C) parcelas fixas R\$	D) pagamento mínimo para R\$
13/06/2018	948,19	287,61	92,14 +23x 92,14	92,15 +12x 121,97

Consulte outras opções de parcelamento desta fatura ou pague qualquer valor entre R\$ 92,15 e R\$ 287,60 e o saldo restante em 12 vezes.

Novo opção de pagamento
D) Pagamento mínimo para
financiamento: quando disponível,
o valor pago será considerado como
entrada de um financiamento, e
o saldo restante será dividido em
parcelas fixas com juros iguais ao
do parcelamento (parcelas fixas)
da fatura. Se você efetuar esse
pagamento inferior ao pagamento
mínimo para financiamento, você
estará em atraso, incorrendo em
juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	2.000,00
Limite utilizado no mês	925,42
Retenção de recursos (taxas e juros)	140,00

Lançamentos: compras e saques

ANTONIO G SILVA (final 8424)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
07/05	REDEFARMACIA CAMPINA GRANDE	43,84
04/05	RECARGA P CLARO RIO DE JANEIRO	15,00
04/05	ALO GAS CAMPINA GRANDE	65,00
07/05	ULTRA POPULAR OI CAMPINA GRANDE	78,11
07/05	RECARGA P CLARO RIO DE JANEIRO	15,00
07/05	FARMACIA DO TRABALHADO CAMPINA GRANDE	18,99
08/05	MEGA BURG LANCHONETE CAMPINA GRANDE	21,50
10/05	CIRURGICA CAMPINENSE CAMPINA GRANDE	43,50

☒ Compre presencial
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

Numero do Documento
Nome do Pagador (CPF/CNPJ)
Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ)
Indicação do Beneficiário

34191.75330 93078.442048 00173.090002 3 000

00153930784/0006886
ANTONIO GERALDO DA SILVA - 451.611.354-68
HIPERCARD BANCO MULTIPLO S.A. - 03.012.736/0001-69
AV RUI BARBOSA, 251, - A, GRAÇAS - RECIFE - PE

Nome do Cliente
Valor do Documento
Vencimento

recibo do pagador

17519935784-4
R3 068,15
13/06/2018

Assinatura do Beneficiário



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:17:30

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102111173070100000037513653

Número do documento: 2102111173070100000037513653

Num. 39358682 - Pág. 12



Receita Federal - PJ

Nome GIDALVO RODRIGUES DA CUNHA JUNIOR	Não MARIA JOSE RODRIGUES MUNIZ	D. N 07/12/1991
CPF 091.840.104-60	Data Insc. CPF 30/01/2012	Título de Eleitor 41489471201
Sexo Masculino	Ano do Óbito N/I	Situação Cadastral Regular
Residente no exterior Não Residente	Código e País N/I	Código Ocupação N/I
Endereço e ocupação principal N/I	Exercício natureza da ocupação e código ocupação principal N/I	Endereço RUA JOSE CLEMENTE DE AZEVEDO 135
Município - UF CAMPINA GRANDE - PB	CEP 58108303	Telefone N/I
Unidade Administrativa CAMPINA GRANDE	Indicativo de Estrangeiro Não é estrangeiro	Documentação médico - hospitalar 

Denatran - RENAVAM

Placa OFH3083	Município Empacamento CAMPINA GRANDE-PB	Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD 2015/2015
Cor VERMELHA	Roubo/Furto Não	Chassi 9C2KC1650FR017178
Renavam 01041527796	Câmbio N/I	Motor KC16E5F017178
Combustível ALCOOL/GASOLINA	Capacidade de Passageiros 2	Nome Proprietário GIDALVO RODRIGUES DA CUNHA JÚNIOR
CPF/CNPJ do Proprietário 09184010460	Tipo do Veículo MOTOCICLETA	Situação do Veículo CIRCULACAO
Espécie do Veículo PASSAGEIRO	Categoria do Veículo PARTICULAR	Alarme Não
Quantidade de Eixos N/I	Capacidade de Carga do Veículo N/I	Capacidade de Tração do Veículo N/I
Peso Bruto do Veículo 0 29	Carroceria do Veículo NÃO APLICAVEL	Potência do Veículo 0
Cilindradas 149	Carroceria N/I	Chassi - Nº Série 17178
Nº do Eixo Auxiliar Original N/I	Nº do Eixo Traseiro Original N/I	Data da Baixa N/I
Data da Declaração de Importação N/I	Data da Última Atualização 05/10/2017	Data da Última Atualização MRE N/I
Data de Emissão do Último CRV 10/10/2017	Data Limite da Restrição Tributária N/I	Nº Processo de Importação N/I
Tipo Importação N/I	Tipo Documento do Importador INEXISTENTE	Comunicação de Venda Não
Leilão Não	Multa RENAVAM Não	Pendência de Emissão de CRV Não

Secretaria Nacional de
Segurança PúblicaMinistério da
Justiça e Segurança Pública



Restrições ALIENACAO FIDUCIARIA SEM RESTRICAO SEM RESTRICAO SEM RESTRICAO	Restrição RFB INEXISTENTE	Recall Não Não Não
Recall de Montadora Não	Restrição RENAJUD Não	Natureza Faturado JURIDICA
Nº do Documento do Faturamento 08723181000196	Natureza do Importador N/I	Nº da Declaração de Importação N/I
Nº do Documento do Importador N/I	Órgão da Declaração de Importação INEXISTENTE	Nome Arrendatário N/I
Nº do Documento do Arrendatário N/I	Nº de Identificação do Proprietário Indicado N/I	Origem do Proprietário Indicado N/I
País de Transferência INEXISTENTE	Nome Possuidor GIDALVO RODRIGUES DA CUNHA JUNIOR	Nº Documento Possuidor 09184010460
Origem Possuidor 1	Procedência NACIONAL	Registro Aduaneiro N/I
Tipo de Documento do Proprietário FISICA	Tipo de Documento do Proprietário Indicado INEXISTENTE	Tipo de Remarcação do Chassi NORMAL
UF de Jurisdição PB	UF do Faturado PB	

O sigilo deste documento é protegido e controlado pela Lei Nº 12.527/2011. A divulgação, a revelação, o fornecimento, a utilização ou a reprodução desautorizada de seu conteúdo, a qualquer tempo, meio e modo, inclusive mediante acesso ou facilitação de acessos indevidos, constituem condutas ilícitas que ensejam responsabilidades penais, civis e administrativas.





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Ficha de Acolhimento

Nome:	Antonio Geraldo da Silva		
End:	Endereço: Rua Carlos Gomes, 195	Bairro:	ST. Rosa
Data de Nascimento:	23.09.41	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ataque isquêmico	Data do Atend.:	16.08.17
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	08:40
		Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Gelmo () Fáceis-de-dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

MOD. 110

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

- () Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

Brilma Moura da Silva
CRM: 223.352
COREN-PB



18/08/2017

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1488771 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mol. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 18/08/2017
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Ana Carolina Silva De Souza

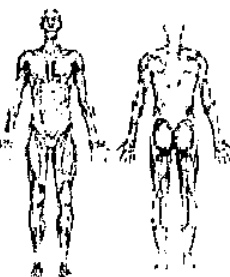
PACIENTE: ANTONIO GERALDO DA SILVA CEP: 58400002 Nascimento: 23/08/1941

SILVA
Endereço: EUCLIDES CAROLINO LIMA Sexo: M Telefone: 91448798
Cidade: Campina Grande Idade: 075 Bairro: SANTA ROSA
Nome da Mãe: MARIA ANA DA CONCEICAO RG: Nº: 145
Responsável: CPF: Profissão: APOSENTADO
Estado Civil: Viúvo(a) Data de Atend: 18/08/2017 CNS: 6764565
Motivo: ATROPELAMENTO Hora: 08:41:31 CONVÊNIO: SUS
Médico: CRM: Especialidade:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Escoriação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Eritema subcutâneo
10. Estomagem
11. Exatimose
12. F. Arms branca
13. F. Arms de fogo
14. F. Coriuse
15. F. Corante
16. F. Corto-cetuso
17. F. Perfuro-cetuso
18. F. Perfuro-cetuso
19. Fratura bassea fechada
20. Fratura bassea aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordeadura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Parestesia
33. Quelmadura
34. Rincoragie
35. Sinal de isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNÓSTICO / CID: Atropelamento

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Paciente vítima de atropelamento por moto, apresentando-se de volta em antebraços direitos e pernas direitos. Queixa padida de consciência e orientada. Ao exame: F.O.R. consciente, orientado, respiração parada e acicmética. Pulso: bilateral, depressível e indolente a palpacao.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS: ☒ Entorregentes ☒ Isocóricas () Anisocóricas ()
Glasgow: 15 PA: 130 X 90 HGT: SatO2: 94%.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia às: Dia: / /

Especialista: / às: Dia: / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORARIO-REALIZADO
1	SRL 1000 - EV	09:00
2	Dipirona 1g - EV	09:00
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

3/30/2017 11:19:00 AM - 1488771

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:17:30

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111173070100000037513653

Número do documento: 21021111173070100000037513653

Num. 39358682 - Pág. 16

HTCG-Panel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Ortopedia
 Nature de traumatismos, com análise
 de dor, em diferentes directos e
 parte directos, com dor e depar-
 tamento do do mesmo do
 análise de dor e natureza
 sustentada em caso de parte-
 cipação
 test para o estudo de dor. palmar
 e para o estudo de dor. palmar
 dor para parte de dor. palmar

Giovanni Cesar Figueiredo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-4021 TEOT 6030

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

680

IDE

[illegible][illegible]

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:17:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111173070100000037513653>
 Número do documento: 21021111173070100000037513653

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: Polônio Genuário da Silva Alojamento: 10 Leito: 1 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
10/08/17	1. Sinais vitais: 90x, 60x, 37°C, 120/80mmHg, 100% O2 em máscara.		1. História da afecção: trauma de alta velocidade.
11/08/17	2. Exame físico: sem alterações.		2. Exame físico: sem alterações.
12/08/17	3. Exame físico: sem alterações.		3. Exame físico: sem alterações.
13/08/17	4. Exame físico: sem alterações.		4. Exame físico: sem alterações.
14/08/17	5. Exame físico: sem alterações.		5. Exame físico: sem alterações.
	Giovanni Cesar Figueiredo Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 4021 TEOT 6030		Giovanni Cesar Figueiredo Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 4021 TEOT 6030
			Soluções Exames Giovanni Cesar Figueiredo Ortopedia e Traumatologia Cirurgia do Joelho CRM 4021 TEOT 6030

200.035



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Antônio Geraldo dos Santos Registro: _____ Leito: 3.2 Setor Atual: Unep 2

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: _____ °C; P: _____ bpm; FR: _____ irpm; PA: _____ mmHg; FC: _____ bpm; SPO2: _____ %

HGT: _____ mg/dl; Peso: _____ Kg; Altura: _____ cm Dor: (☒) Local: M55 / MMII (6) Obs.: _____

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLÓGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15): _____

Drogas (Sedação/Analgesia): _____

Pupilas: (☒) Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local: _____

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs: _____

OXIGENAÇÃO

Respiração: (☒) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº _____ Comissura labial nº _____ FIO2 % PEEP cmH2O

(☒) Eupnéia: () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros: _____

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: (☒) Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros: _____

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto: _____

Aspiração: Quantidade e aspecto: _____ Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água: _____

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica: _____

Gasometria arterial: PH _____ PCO2 _____ PO2 _____ HCO3 _____ EB _____ SpO2 _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

(☒) Tranquilo () Agitado () Agressivo. () Risco de queda. Observação: _____

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (☒) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Fr. Robin D+ Anticoagulante.

75 anos.

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome: Roberto Carlos da Silva Registro: Leito: 3-2 Setor Atual: INT. II

2. AVALIAÇÃO GERAL

Sinais vitais: Tax: 36.5 °C; P: bpm; FR: 12 irpm; PA: 120 mmHg; FC: 78 bpm; SPO2: 97 %

HGT: mg/dl; Peso: Kg; Altura: cm Dor: () Local: Obs.:

EXAMES LABORATORIAIS ALTERADOS:

3. AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

REGULAÇÃO NEUROLÓGICA

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

GLASGOW(3-15):

Drogas (Sedação/Analgesia):

Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () D>E () E>D () Fotorreagentes () Mióticas () Midríaticas

Mobilidade Física: () Preservada () Paresia () Plegia () Parestesia Local:

Linguagem: () Qual? () Disfonia () Afasia () Disfasia () Disartria.

Obs:

OXIGENAÇÃO

Respiração: (X) Espontânea () Cateter Nasal () Venturi % l/min () Traqueostomia () Ayre/Tubo T

() VMNI () VMI TOT nº Comissura labial nº FIO2 % PEEP cmH2O

(X) Eupnéia; () Taquipnéia () Bradipnéia () Dispnéia () Outros:

Ausculta pulmonar: Murmúrio vesicular presente: () Diminuídos () D () E

Ruidos adventícios: () Roncos () Sibilos () Estridor () Outros:

Tosse: () Improdutiva () Produtiva Expectoração: () Quantidade e aspecto:

Aspiração: Quantidade e aspecto: Dreno de tórax: () D () E () Selo d'água:

Data da inserção do dreno / / Aspecto da drenagem torácica:

Gasometria arterial: PH PCO2 PO2 HCO3 EB SpO2 Data: / / Hora:

PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DOS SENTIDOS

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

SEGURANÇA FÍSICA

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

REGULAÇÃO CARDIOVASCULAR

Pulso: (X) Regular () Irregular () Impalpável () Filiforme () Cheio.



Pele: ☒ Corada () Hipocorada () Cianose () Sudorese () Fria () Aquecida.	
Tempo de enchimento capilar: ☒ ≤ 3 segundos; () > 3 segundos. () Turgência jugular: ()	
Drogas vasoativas: () Quais?	Preordialgia ()
Ausculta cardíaca: ☒ Rítmica () Arritmica () Sopros () Outros. Marcapasso: () Transitório () Definitivo	
Cateter vascular: ☒ Periférico () Central () Dissecção. Localização: <u>M66</u>	Data da punção: <u>21/08/17</u>
Edema: () MMSS ☒ MMII () Face () Anasarca. Observações:	
ALIMENTAÇÃO E ELIMINAÇÕES (INTESTINAL E URINÁRIA)	
Tipo somático: ☒ Nutrido () Emagrecido () Caquético () Obeso.	
Dentição: () Completa ☒ Incompleta () Prótese.	
Alimentação: ☒ VO () SNG () SNE () Gastronomia () Jejunostomia () NPT; Hora: _____ Data: <u>21/08/17</u>	
Alterações: () Inapetência () Disfagia () Intolerância alimentar () Vômito () Pirose () Outros:	
Abdômen: ☒ Normotenso () Distendido () Tenso () Ascítico () Outros:	
RHA: ☒ Normoativos () Ausentes () Diminuídos () Aumentados	
Eliminação intestinal: ☒ Normal () Líquida () Constipado há _____ dias () Outros:	
Eliminação urinária: ☒ Espontânea () Retenção () Incontinência () Hematúria () SVD: Débito _____ ml/h;	
Aspecto: _____	Observações: _____
INTEGRIDADE FÍSICA E CUTÂNEO-MUCOSA	
Condição da pele: ☒ Inteira () Ressecada () Equimoses () Hematomas () Escoriações () Outros: <u>Excesso de MIE</u>	
Coloração da pele: () Normocorada () Hipocorada () Ictérica () Cianótica	Turgor da pele: () Preservado
Condições das mucosas: ☒ Úmidas () Secas Manifestações de sede: ()	
Incisão cirúrgica: () Local/Aspecto: <u>aparecida cirurgia</u> Curativo em: <u>23/08/17</u>	
Dreno: () Tipo/Aspecto: _____	Débito: _____ Retirado em: _____
Úlcera de pressão: () Estágio: _____	Local: _____ Descrição: _____ Curativo: _____
CUIDADO CORPORAL	
Cuidado corporal: () Independente ☒ Dependente () Parcialmente dependente. Observações:	
Higiene corporal: ☒ Satisfatória () Insatisfatória	Higiene Corporal: () Satisfatória () Insatisfatória
Limitação física: ☒ Acamado () Cadeira de rodas () Outro:	
SONO E REPOUSO	
() Preservado () Insônia () Dorme durante o dia () Sono interrompido. Observações:	
4 - AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS	
COMUNICAÇÃO, GREGÁRIA E SEGURANÇA EMOCIONAL	
Comunicação: ☒ Preservada () Prejudicada	Sentimentos e comportamentos: ☒ Cooperativo () Medo:
() Ansiedade () Ausência de familiares/visita () Outros:	
5 - NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS	
RELIGIÃO / RELIGIOSIDADE E/OU ESPIRITUALIDADE	
Tipo: _____ () Praticante () Não praticante. Observações:	
INTERCORRÊNCIAS	
Paciente idoso com EGE, com Ex-Tubo (D) e Anelobras, em atendimento a prescrição médica, realizado no dia 24/08/17, e debridamento do ferimento do NTO. Paciente apresenta todos membros e membros (bóias) Segue em cuidados da equipe. Paciente faz uso de medicação contínua + Paracetamol / Acetil e Ruxolitinib.	
Assinatura do Enfermeiro: _____ DATA: <u>23/08/17</u> HORA: _____ h	

FONTE: BORDINHÃO, R.C. Coleta de dados por meio de grupo focal. Porto Alegre (2009).





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Antonio Geazilas de Silva			
Data da Operação	Enf.	Leito	
24/08/73			
Operador	1º Auxiliar	Instrumentador	
Dr. Eldimar	Dr. Hallison		
2º Auxiliar	3º Auxiliar		
Dr. Julio	Dr. Yway		
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório		Ex segmentar tibial D. e Injeção F.	
Tipo de Operação		Fixação externa + Desbridamento	
Diagnóstico Pós-Operatório		O mesmo	
Relatório Imediato da Patologia		S	
Exame Radiológico no Ato		Sim	
Acidente Durante a Operação		Não	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- 1) Acesso em DDIT sob anestesia
- 2) Anestesia e antissepsia
- 3) Aplicação de campos elétricos
- 4) Colocação de fixador externo de tíbia em MTD sob auxílio de escopio
- 5) Desbridamento de tecido necrótico e desvascularizado perna D
- 6) Lavar FO (1 SF 0,9%)
- 7) Curativo

Libert. Q 32)

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/02/2021 11:17:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021111173070100000037513653>
 Número do documento: 21021111173070100000037513653

Num. 39358682 - Pág. 22



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Antônio C. da Silva

foi atendido (às) hoje, às 120 (cento e vinte) horas, necessitando de 120 (cento e vinte) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S52 + S82/M84

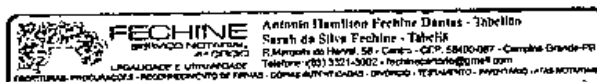
Campina Grande, 11 / 7 / 18

Eldimar S. de Araújo
Oncologista
CRM: 68.400 - 11502

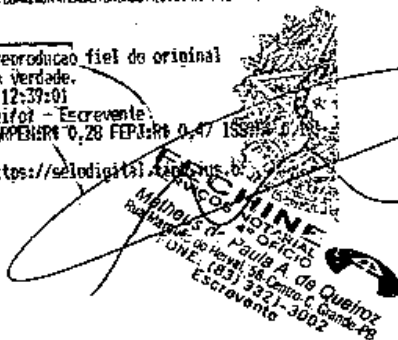
Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 904



Autêntico a presente cópia; reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Campina Grande-PB 11/07/2018 12:39:01
Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escrevente
(2018-019444) EML: 2.37 FAPEN: 0.28 FEP: 0.47 ISS: 0.18
SELO DIGITAL: 44F02701-043V
Confira a autenticidade em <https://selodigital.fecine.pb.gov.br>





ATESTADO MÉDICO

ATESTO que Armando G. da Silva

foi atendido (às) hoje, às _____ (_____) horas, necessitando de 180 (cento e oitenta) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID S52 + S82

Campina Grande, 18 / 08 / 17

Eldimar S. de Araújo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião do Quadril
CRM: 6960 TEOT: 11502

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

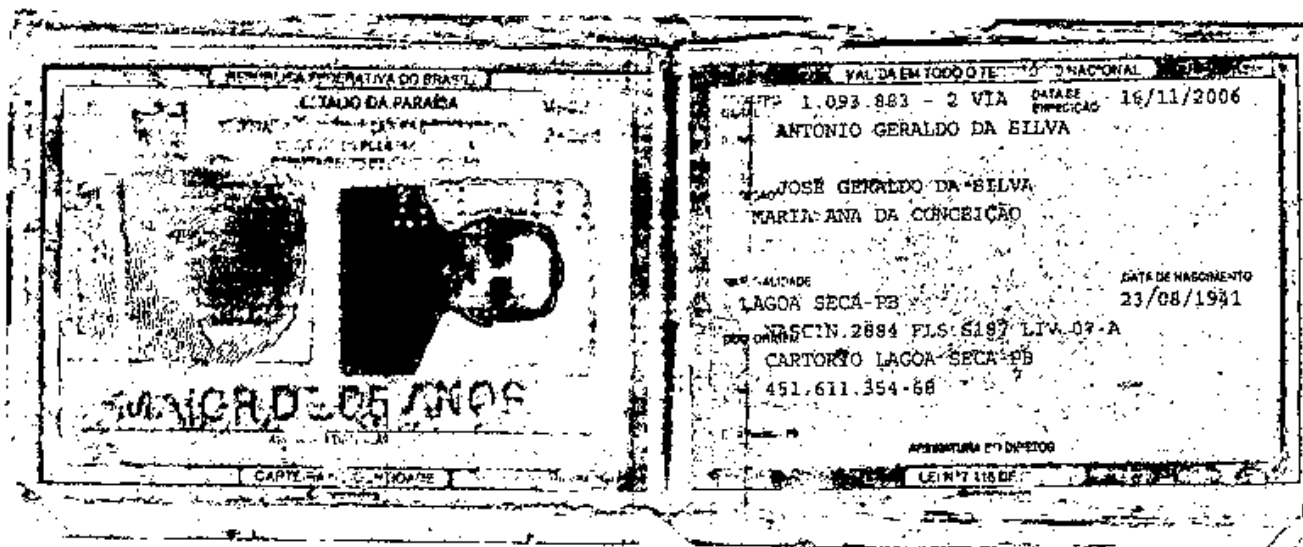
MOD. 004

Autenticidade e validade da cópia

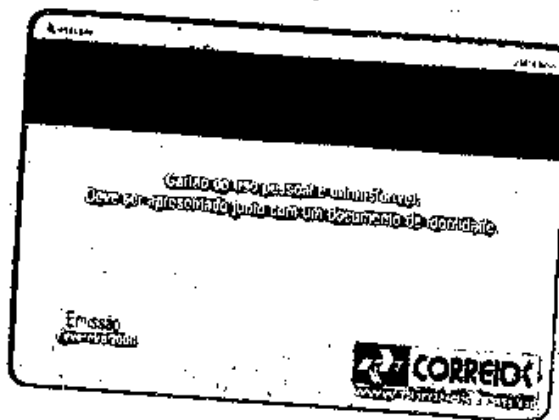
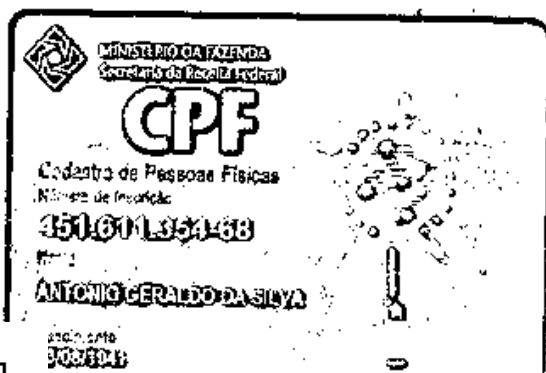
Autentico a presente copia, reproducao fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Campina Grande-PB 19/02/2013 15:01:21
Shirleyne de Sousa Melo - Escrevente
[2013-005837] ENELE 2,37 FAF 0,28 FEF 0,47 ISS 0,12
SEL DIGITAL: AQL35678-PMSG
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

FECHINE





Documentos de Identificação



CRISTINA LIMEIRA ALVES

De: Alessandra Magalhães
Enviado em: segunda-feira, 23 de março de 2020 15:11
Para: CRISTINA LIMEIRA ALVES
Assunto: ENC: 20200010956 - 10598 - 3190357064 (URGENTE - SUSEP)
Anexos: Arquivos referentes ao sinistro 3190357064 / gproc: Cris

Cris,

Segue documentação em anexo.

Alessandra Magalhães

Operação Correio
Alessandra.magalhaes@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: CRISTINA LIMEIRA ALVES
Enviada em: segunda-feira, 23 de março de 2020 12:41
Para: Alessandra Magalhães <alessandra.magalhaes@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: 20200010956 - 10598 - 3190357064 (URGENTE - SUSEP)

Alessandra,

Vê esse caso por favor, trata-se de um sinistro cadastrado a natureza incorreta efetuado em 2019, para que seja feito a natureza correta peço enviar o arquivo com os documentos, tendo em vista eu não possuir senha do endocsin.

No entanto a datas de reclamação e último documentos permanecera a sis tendo em vista ser erro nosso.

De: Carlos Pereira
Enviada em: sexta-feira, 20 de março de 2020 17:52
Para: Projeto Correio <projeto.correio@seguradoralider.com.br>
Cc: CRISTINA LIMEIRA ALVES <cristina.alves@seguradoralider.com.br>
Assunto: ENC: 20200010956 - 10598 - 3190357064 (URGENTE - SUSEP)
Prioridade: Alta

Prezados, boa tarde.

Reiteramos a solicitação.

Att.



Carlos Pereira.

De: Carlos Pereira
Enviada em: terça-feira, 17 de março de 2020 14:56
Para: Projeto Correio <projeto.correio@seguradoralider.com.br>
Cc: CRISTINA LIMEIRA ALVES <Cristina.alves@seguradoralider.com.br>
Assunto: 20200010956 - 10598 - 3190357064 (URGENTE - SUSEP)
Prioridade: Alta

Prezados, boa tarde.

Favor recadastrar o processo para a natureza de invalidez.

Reclamante afirma que reclamou a natureza de invalidez e cadastraram dams.

"TRATA-SE DE INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE E NÃO DE DAMS, O PROCESSO ESTÁ SENDO ANALISADO COMO SE FOSSE DAMS, FAVOR CORRIGIR, POIS EXISTE LAUDO MEDICO NA DOCUMENTAÇÃO INFORMANDO QUE É INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE. FAVOR AGILIZAR RESPOSTA."

Att.

Carlos Pereira

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica
carlos.pereira@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4041



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200128699 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO GERALDO DA SILVA **Data do acidente:** 18/08/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA SEGMENTAR DE TÍBIA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.(PÁG.10)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0101563/20

Vítima: ANTONIO GERALDO DA SILVA

CPF: 451.611.354-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2017

Titular do CPF: ANTONIO GERALDO DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ANTONIO GERALDO DA SILVA : 451.611.354-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/03/2020
Nome: ANTONIO GERALDO DA SILVA
CPF: 451.611.354-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/03/2020
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

ANTONIO GERALDO DA SILVA

Cristina Limeira Alves

