



Número: **0857649-09.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **26/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO (AUTOR)		ANA CELIA DUARTE OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43902 270	01/06/2021 10:04	Petição	Petição
43902 274	01/06/2021 10:04	2784219_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
43902 276	01/06/2021 10:04	2784219_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: Agência: 21083 Conta: 00387894

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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda 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 (no 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 nascido(a) ou nascido(a)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

Digitalizada com CamScanner



DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 2007/018 **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2637547, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO**, idade 23 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no 11/12/2019, na BR 101, Bairro: Costa e Silva- João Pessoa-PB, aproximadamente às 12h12min, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 29 de Julho de 2020.

Marina Travassos Lopes
Estatística - SAME
SAMU 192 Regional João Pessoa
Mat. 67.574-8

Marina Travassos Lopes
Matrícula: 67574-8
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02108-3

CONTA: 000000038789-4

Nr. Autenticação

BRADESCO101120200500000000002370210800000003878994500 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:04:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110044836500000041745376>

Número do documento: 21060110044836500000041745376



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAIBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.054/0001-67

MATRICULA	1320432
REFERENCIA	SET/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

KEYLEN RIANCA FERREIRA PONTES
RUA SAO ESTEVAO, S/N - ALTO DO MATEUS JOAO PESSOA
PB 58000 - 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.011.438.0079.0000	0000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
V19F305350	15/10/2019	EXT/LACR	LIGADO	LIGADO

ANTERIOR: 63 ATUAL: 69 CONSUMO (M3): 6 NÚM DE DIAS: 31 PRÓXIMA LEITURA: 11/10/2020

HIST. CONS. ÁGUA: 11/10/2020 QUALID. ÁGUA: ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
TURBIDEZ	10	10	10
CLORO	10	10	10
PH	0	2	0
COR	10	10	10
COL. TOTAIS	10	10	10

DADOS REFERENTES A: 30/10/2020

DATA DA IMPRESSÃO:	11/10/2020	HORA DA IMPRESSÃO:	13:25:08
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)	
ÁGUA			
RESIDENCIAL (1 UNIDADE(S))	6 M3	37,91	
CONSUMO DE ÁGUA			
ESGOTO			
RESIDENCIAL (1 UNIDADE(S))	6 M3	30,33	
CONSUMO DE ESGOTO			

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 0,31 PIS E CONFINS-LEI 12.741/12

24/09/2020 **Total a Pagar: R\$ 68,24**

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA TIPO DE TARIFA: 1

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

INFORMAÇÕES GERAIS:

SEMPRE APARELHOS: INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONAVÍRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PÚBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (135), REDES SOCIAIS E AGENCIA VIRTUAL (CAGEPA.PB.GOV.BR)

MATRICULA	REFERENCIA	PERIODO	TOTAL A PAGAR
1320432	SET/2020	24/09/2020	R\$ 68,24

CAGEPA



Digitalizado com CamScanner



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

PB

NOME
PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
3986107 SSDS PB

CPF DATA NASCIMENTO
700.958.084-77 10/11/1996

FILIAÇÃO
PAULO ROBERTO OLIVEIRA
FILHO
LUCIANA BRAGA DE LIMA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1633638656

Nº REGISTRO
06784804297

VALIDADE
08/04/2021

1ª HABILITAÇÃO
26/01/2017

oto g' plus

Digitalizado com CamScanner



ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO

12/11/2019

VIA
1

CPE / CNPJ

70082662436

PLACA

OET9230/PB

RENAVAM

00365274682

MARCA / MODELO

HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO FAB
2011

CAT. TARIF.

9

Nº CHASSI

9C2KD0540CR501225

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

P A G O

PAGAMENTO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

30/10/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

19551-0828559-20191112

tirada no molo g plus
28/11/2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200389611 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 11/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA. P.1,11

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. P.1
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**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 residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0309293/20

Vítima: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

CPF: 700.958.084-77

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO : 700.958.084-77

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: 29/10/2020
Nome: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO
CPF: 700.958.084-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2020
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE





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, 12 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200389611

Vítima: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

Data do Acidente: 11/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

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

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

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

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

Recebedor: **PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **237**

Agência: **000002108-3**

Conta: **000000038789-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐ 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda 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 (no 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 nascido(a) ou nascido(a)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Assinatura 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

Digitalizada com CamScanner



PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 19068307B01



Maiores dúvidas acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o sítio: www.prf.gov.br/novobat /consultar Informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um dos envolvidos no acidente; e Clique em imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvatseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites da Resolução 544 do CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191





Digitalizado com CamScanner



PROIBIDO PLASTIFICAR

1633638656

OBSERVAÇÕES

A ;
EAR;

Paulo Roberto C. Neto

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO

05/02/2018

88022621665
PB036227420

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

Digitalizado com CamScanner



DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 015456422020

VIA 1 COD. RENAVAL 0036527468-2 R.N.T.R.C. 00/000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME
ERIK WESLEY FERREIRA PONTES

CPF / CNPJ 70082662436 PLACA OET9230/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KD0540CR501225

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 PROS ESD ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP. POT. / CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1º

FAIXA I.P.V.A. ***** PARCELAMENTO / COTAS 0 2º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 30/10/2019

SEGURO PAGOR

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL JOAO PESSOA-PB DATA 12/11/2019

41955

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:04:48

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110044836500000041745376

Número do documento: 21060110044836500000041745376





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 11/12/2019 Hora: 11:50 Município: JOAO PESSOA/PB
BR: 101 KM: 89,0 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: R. KELLY, 1990369

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Múltipla	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Reta	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Canteiro Central: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 11/12/2019 às 11:50, na Cidade de João Pessoa, na altura do Km 89 da BR101 sentido Crescente da Via ocorreu um acidente do Tipo Colisão Transversal, envolvendo uma motocicleta Honda Bros (V1) e um Chevrolet Classic (V2) e vitimando gravemente o condutor de V1. O acidente ocorreu quando V2 seguia pela BR101 na faixa Central e V1 ao sair do acesso lateral direito, cruzou a Rodovia, não observando os veículos que já seguiam na via, colidindo na Frente/Lateral Direita de V2. Após análise dos vestígios encontrados no local do acidente é possível concluir que o fator determinante do acidente foi a ação de V1 de não ter atenção a condução. Obs: 1- Condutor teve o pré-atendimento hospitalar feito pela Equipe PRF. 2- Condutor encaminhado ao Hospital de Traumas pelo SAMU. 3 - Os dois condutores foram submetidos ao teste do etilômetro que indicou valor ZERO para ambos. 4 - Velocidade Regulamentar da Via de 50 Km/h. 5 - Ponto de colisão de (7.180612, 34.900673)



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191





tirada no moto g7 plus



Digitalizado com CamScanner



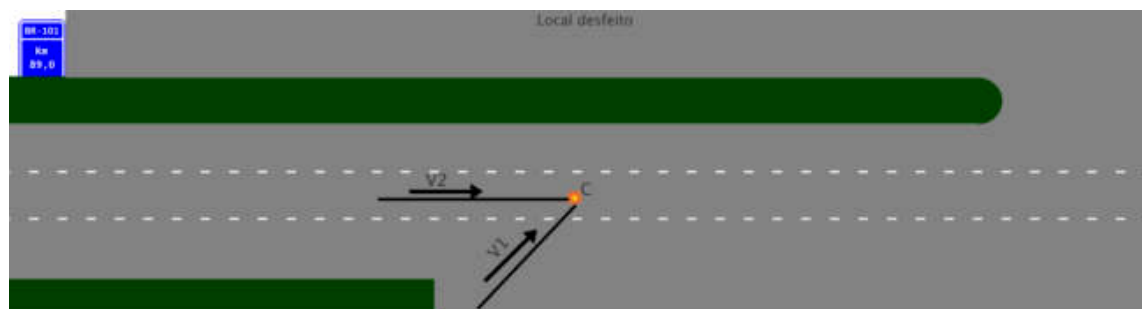


MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



VELOCIDADE REGULAMENTAR DA VIA

C - PONTO DE COLISÃO (7.18061, 34.90067)



JOÃO PESSOA

RECIFE



AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão transversal	

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
--------	---------	--------------	----------------	------------------

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
SAMU	11/12/2019 11:50	11/12/2019 12:15



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.f.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO
DADOS DE NASCIMENTO 10/11/96
NOME DA MÃE LUCIANA BRAGA DE LIMA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.209.605
Nº PRONTUÁRIO
DATA DO ATENDIMENTO 11/12/19
HORA DO ATENDIMENTO 12:53
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) TCE LEVE + FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA E + TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS
CID 10 S 00.9 + S 82.2 + T 07

AValiação INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão car x moto), trazido pelo SAMU, apresentando história de síncope pilotando, dor na coluna, dor no membro inferior E com imobilização + dor no tornozelo E + ferimentos no pé com suspeita de fratura exposta. Glasgow 15. Avaliado pela equipe da médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio
RX da coluna cervical - AP e P
RX do tórax - AP
RX da perna E - AP e P
USG do abdome total - FAST

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise da tíbia E sem desvio ao RX. Sem alteração à TC e aos outros RX. Realizado atendimento e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia, Neurocirurgia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 11/12/19
DATA DE EMISSÃO: 18/06/20

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: OML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.

Digitalizado com CamScanner





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01



IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - OET9230 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: OET9230 Marca/modelo: HONDA/NXR150 BROS ESD Renavam: 00365274682
Ano fabricação: 2011 Chassi: 9C2KD0540CR501225 Tipo de veículo: Motocicleta
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Preta
Manobra no momento do acidente: Cruzando a pista
Informações complementares: Veículo entregue ao Senhor MARCELO BORGES DE SOUTO CPF: 674.799.104-44 no veículo Strada de Placas OEX-0828.



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.





Identificação do paciente

ID 1465557	Nome PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO			Sexo Masculino
Data de nascimento 16/11/1996	Idade 23 anos 1 mes 1 dia	Estado civil	Religião	Parentesco
Mãe LUCIANA BRAGA DE LIMA	Pai PAULO ROBERTO OLIVEIRA FILHO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARCELO BORGES DE SOUZA - ACOMPANHANTE			
DDD Celular 83	Celular 981442407	DDD	Telefone	
Tipo documento CPF	Numero documento 70095808477	Nº Cns		
Local de procedência BR 101				
Etnia	Nacionalidade JOAO PESSOA	Tipo SARRO	UF PB	
Endereço				
CEP 58090750	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro CARLOS ANDRÉ	
Numero SN	Complemento	Bairro ALTO DO MATEUS		
Admissão				
Cota e Hora 11/12/2019 12:53:52	Numero de pulso 1000007190260	Comórbido SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica			
Classificação de risco				
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente RODOVIA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>fiavel, comumente orientado segundo os exames de laboratório</i>				
Diagnóstico				
Atendido por MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA				CID
				Tempo 04min 07seg

Imprimir

*15
for não poder chegar*

Digitizado com CamScanner





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/NXR150 BROS ESD

Placa: OET9230

Nº BOAT: 19068307B01

Nome do Agente: R. KELLY

Matrícula do Agente: 1990369

Data: 11/12/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (triciclos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191





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



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data: 17/02/2021 ID da Ocorrência: 192 N° / Equipe: 192 Plantão: 192 Hora da Saída do Local: 192 Hora de Chegada no Local: 192

Local da Ocorrência: ☐ João Pessoa ☐ Santa Rita ☐ Bayeux ☐ Cabedelo ☐ Pinda ☐ Outros: _____

Logradouro: _____ Endereço: _____ Médico Regulador: _____

Quantidade de vítima(s) no local: ☐ Uma ☐ Duas ☐ Três ☐ Mais de três:
Apelo no Local: ☐ USB ☐ USA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTRAN ☐ Outros: _____

QTA: ☐ Socorro por Terceiros ☐ Socorro pelos Bombeiros ☐ Evoluiu-se do Local ☐ Trote ☐ Outros: _____

DESTINO DO PACIENTE: ☐ Atendido no Local e Liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no Local ☐ Óbito durante o atendimento

Destino (Unidade Hospitalar): _____ Responsável e Função (Assinatura e Carimbo): _____

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICO ☐ PSIQUIÁTRICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO ☐ TRANSFERÊNCIA

Motivo: _____

Hospital de Origem: _____

Responsável: _____

Hospital de Destino: _____

Responsável: _____

CAUSAS EXTERNAS

☐ Acidente de Trânsito

☐ Colisão carro x moto

☐ Queda de moto

☐ Atropelamento por: _____

☐ Colisão carro x carro

☐ Capotamento

☐ Outros: _____

☐ F.A.F.

☐ F.A.B.

☐ Agressão Física

☐ Alogamento

☐ Queda - Altura aproximada: _____

☐ Solarramento / Desabamento

☐ Choque Elétrico

☐ Outros: _____

ANTECEDENTES

☐ AIDS

☐ Alcoolismo

☐ AVC

☐ Convulsões

☐ Diabetes

☐ Doença Cardíaca

☐ Doença Infecto-contagiosa

☐ Doença Mental

☐ Doença Renal

☐ Droga

☐ Hipertensão Arterial

☐ Intermittentes Anteriores

☐ Problemas Respiratórios

☐ Medicamentos de uso Contínuo

Quais? _____

1. DADOS VITAIS

P.A.: 120/80 FC: 95 FR: 18 HGT: 1,70 SpO2 - S/O2: 95% SpO2 - C/O2: _____

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnósticos de Enfermagem: *Ansiedade, Dor, Risco de Queda, Risco de Lesão por Imobilização*

Intervenções: *Monitorar sinais vitais, avaliar dor, orientar sobre segurança, mobilizar com auxílio.*

Evolução do Atendimento: *Paciente consciente, orientado, respirando, com história de dor no abdômen, com náusea e vômito. Foi realizada a triagem e encaminhado para o SAMU 192.*

ORIENTAÇÃO NA REGULAÇÃO MÉDICA: *Informar sobre o atendimento e encaminhamento para o SAMU 192.*





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

V1 - Proprietário

Nome: ERIK WESLEY FERREIRA PONTES
Email:
Endereço: JOAO PESSOA-PB

CPF/CNPJ: 700.826.624-36
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

V1C - Informações

Nome: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO
CPF: 700.958.084-77
Sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 10/11/1996
Estado civil: Não Informado
Estado físico: Lesões Graves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AB
UF: PB
Observações CNH: 15A

Primeira habilitação: 26/01/2017
Vencimento da habilitação: 08/04/2021

Nº Registro: 06784804297
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA MARIA TAVARES DE ARAUJO, 58, OITIZEIRO, JOAO PESSOA-PB
Telefone: 83986666420

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico
Informações complementares: Condutor Socorrido pelo Samu para o Hospital de Traumas.

Tipo de Receptor: SAMU

V2 - VEÍCULO 2 - OET7880 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: OET7880
Ano fabricação: 2011
Espécie: Passageiro
Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

Marca/modelo: CHEVROLET/CLASSIC LS
Chassi: 9BGSU19F0CC142906

Renavam: 00364409606
Tipo de veículo: Automóvel
Cor: Prata



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12 /2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.fgov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031000
Tel: 32165790 - CNES: 2593262

Paciente PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO	BAE 1209605	Data/Hora Entrada 11/12/2019 12:53:52	Data Baixa
Data de nascimento 10/11/1996	Idade 23a 1m 1d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LUCIANA BRAGA DE LIMA			Telefone de Contato (83) 981442407
Endereço CARLOS ANDRÉ, S/N	Bairro ALTO DO MATEUS	Município JOÃO PESSOA	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FERNANDO RAMALHO DINIZ	UF PB
Data/Hora Classificação 11/12/2019 12:53:52		Data/Hora Prescrição 11/12/2019 13:13:49	Nº Cons. Regional 2797/PB

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE PILOTANDO, VÍTIMA DE ACIDENTE CARRO/MOTO, TRAZIDO PELOS SAMU, COM IMOBILIZAÇÃO DO MIE REFERINDO DORES NA REGIÃO DO TORNZELO ESQUERDO E APRESENTANDO FERIMENTOS NO PÉ. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO. AO EXAME ATLS: VIA AÉREAS PERVIAS SEM CERVICALGIA, COLUNA IMOBILIZADA COM PRANCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL. AP: M/V + AHT SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS, EUPNEICO AC. BCNF S/ SOPROS, RCR 2T, PAS > 90 MMHG POR PALPAÇÃO DE PULSO RADIAL, ABD FLÁCIDO E INDOLOR A PALPAÇÃO, BACIA ESTÁVEL, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO. ECG 15, VIGIL, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. CM: ANALGESIA + EXAMES + PARECERES NCR/ORTO

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., CONTÍNUA, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXÃO), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP/PERFIL)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

ULTRASSONOGRAFIA - FAST

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

FERNANDO RAMALHO DINIZ
(2797/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 11/12/2019 12:57:59

Digitizado com CamScanner





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01



V2 - IMAGENS COMPLEMENTARES



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Unidade: Pronto-Socorro



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUIE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO	1209605	11/12/2019 12:53:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
10/11/1996	23a 1m 1d	Masculino	(83) 981442407
Mãe			Prontuário
LUCIANA BRAGA DE LIMA			
Endereço	Bairro	Município	UF
CARLOS ANDRÉ, SN	ALTO DO MATEUS	JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO	2882/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
11/12/2019 12:53:52		11/12/2019 16:06:52	

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE PILOTANDO, VÍTIMA DE ACIDENTE CARRO/MOTO, TRAZIDO PELOS SAMU, COM IMOBILIZAÇÃO DO MIE REFERINDO DORES NA REGIÃO DO TORNOZELO ESQUERDO E APRESENTANDO FERIMENTOS NO PÉ, NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO. AO EXAME ATLS: VIA AEREA PERVIAS SEM CERVICALGIA, COLUMNA IMOBILIZADA COM PRANCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL. AR: MV + AHT SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS, EUPNEICO AC: BCNF S/ SOPROS, RCR 2T. PAS > 90 MMHG POR PALPAÇÃO DE PULSO RADIAL, ABD FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO, BACIA ESTÁVEL, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO. ECG 15. VIGIL, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. CM: ANALGESIA + EXAMES + PARÊCERES NCR/ORTO CIRURGIA GERAL. FAST NORMAL E SEM QUEIXAS GERAIS. CONDIÇÃO: ALTA DA CIRURGIA GERAL.

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

Enfermeiro

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(2882/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAÍNA DA COSTA GAMA em 11/12/2019 12:57:59





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01



V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / CHEVROLET/CLASSIC LS

Placa: OET7880

Nº BOAT: 19068307B01

Nome do Agente: R. KELLY

Matrícula do Agente: 1990369

Data: 11/12/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo			X	
2	Longarina dianteira esquerda			X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda			X	
4	Estrutura da soleira esquerda			X	
5	Air Bags Frontais			X	
6	Air Bags Laterais			X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda			X	
8	Estrutura da coluna central esquerda			X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda			X	
10	Caixa de roda traseira esquerda			X	
11	Assoalho central esquerdo			X	
12	Longarina traseira esquerda			X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba			X	
14	Longarina traseira direita			X	
15	Caixa de roda traseira direita			X	
16	Estrutura da coluna traseira direita			X	
17	Estrutura da soleira direita			X	
18	Estrutura da coluna central direita			X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita			X	
20	Assoalho central direito			X	
21	Caixa de roda dianteira direita			X	
22	Longarina dianteira direita			X	

Dano de Monta: Pequena



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.f.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191



Endereço: RUA GRESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
Tel. 32165790 - CNEB: 2593262

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO	1209605	11/12/2019 12:53:52	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
18/11/1996	23a 1m 1d	Masculino	(83) 981442407
Mãe			Prontuário
LUCIANA BRAGA DE LIMA			
Endereço	Bairro	Município	UF
CARLOS ANDRÉ, SN	ALTO DO MATEUS	JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA	6018/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
11/12/2019 12:53:52		11/12/2019 16:59:38	

ANAMNESE

ACIDENTE MOTOCICLISTICO APOS SINCOPE. NEGA CEFALÉIA. REFERE DOR NO MIE. AO EXAME GLASGOW 15, SEM DEFICIT MOTOR, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. FRATURA EXPOSTA NO MIE. CD TC DE CRÂNIO

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação


DIRETOR DE CLÍNICA
Nº 6018/PB

Enfermeiro

MAURO DE FREITAS GUERRA TERRA
(: 6018/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 11/12/2019 12:57:59





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pr.f.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.

191





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031000
Tel: 32165708 - CNES: 2583262

Paciente PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO	RAE 1209605	Data/Hora Entrada 11/12/2019 12:53:52	Data Baixa
Data de nascimento 10/11/1996	Idade 23a 1m 1d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991442407
Mãe LUCIANA BRAGA DE LIMA		CNS	Prontuário
Endereço CARLOS ANDRÉ, SN	Bairro ALTO DO MATEUS	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO	Nº Cons. Regional 6628/PB
Data/Hora Classificação 11/12/2019 12:53:52		Data/Hora Prescrição 11/12/2019 20:27:50	

ANAMNESE

****NEUROCIRURGIA**** ACIDENTE DE MOTO, NO MOMENTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFICIT APENDICULAR. TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO OU FRATURAS INTRACRANIANAS. RADIOGRAFIA DE COLUMA CERVICAL ATÉ C6 SEM SINAIS DE FRATURAS NEGA DOR EM COLUMA VERTEBRAL. DOR EXCLUSIVA EM PERNA ESQUERDA CD. ALTA DA NEUROCIRURGIA. LIBERADO PARA ORTOPEDIA (FRATURA DE TÍBIA).

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Enfermeiro: **RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO**
(: 6628/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 11/12/2019 12:57:59

Digitalizado com CamScanner





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 19068307B01

V2 - Proprietário

Nome: GENIVAL ALVES DOS SANTOS
Email:
Endereço: ALHANDRA-PB

CPF/CNPJ: 759.235.644-91
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - ROSEMEIRE SILVA NOGUEIRA

V2C - Informações

Nome: ROSEMEIRE SILVA NOGUEIRA
CPF: 893.398.864-53
Sexo: Feminino
Usava cinto de segurança: Ignorado

Data de Nascimento: 02/05/1973
Estado civil: Não Informado
Estado físico: Ileso

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B
UF: PB
Observações CNH: A

Primeira habilitação: 26/06/2015
Vencimento da habilitação: 09/02/2020

Nº Registro: 06399609454
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA RIACHO, SN, CASA, CENTRO, ALHANDRA-PB
Telefone: 83999328840

Email:



Documento assinado eletronicamente por R. KELLY, matrícula 1990369, Policial Rodoviário Federal, em 11/12/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19068307B01 e o número de controle B223E4D3BF280C11568E2FD8D4D027.





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Sede: Rua Orestes Lisboa, S/N, Pedro Góes, João Pessoa - PB, 58010-000



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIR
o Trabalho**

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GÓES, JOÃO PESSOA - PB, 58010-000
Tel: 32165700 - CNES: 2583262

Paciente PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO	BAE 1209605	Data/Hora Entrada 11/12/2019 12:53:52	Data Saída
Data de nascimento 10/11/1996	Idade 23a 1m 1d	Sexo Masculino	Telefone do Cordão (83) 981442407
Mãe LUCIANA BRAGA DE LIMA			Profissão
Endereço CARLOS ANDRÉ, SN	Bairro ALTO DO MATEUS	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ODR. DR. DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO	NP Cons. Regional 6686/PB
Data/Hora Classificação 11/12/2019 12:53:52		Data/Hora Prescrição 11/12/2019 20:45:19	

ANAMNESE

PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE PILOTANDO, VÍTIMA DE ACIDENTE CARRO/MOTO, TRAZIDO PELOS SAMU, COM IMOBILIZAÇÃO DO MIE REFERINDO DORES NA REGIÃO DO TORNADOZEL ESQUERDO E APRESENTANDO FERIMENTOS NO PÉ. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO. AO EXAME ATLS: VIA AÉREAS PÉRVIAS SEM CERVICALGIA, COLUMNA IMOBILIZADA COM PRANCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL. AR: MV + AHT SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS, EUPNEICO AC: RCPN 12/13 SOPROS, RCR 2T, PAS > 90 MMHG POR PALPAÇÃO DE PULSO RADIAL, ABD FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO, BACIA ESTÁVEL, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO. ECG 15, VIGIL, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. CM: ANALGESIA + EXAMES + PARECERES NCR/ORTO

(11/12/2019 12:53:52-FERNANDO RAMALHO DRMG)

PACIENTE COM HISTÓRIA DE SÍNCOPE PILOTANDO, VÍTIMA DE ACIDENTE CARRO/MOTO, TRAZIDO PELOS SAMU, COM IMOBILIZAÇÃO DO MIE REFERINDO DORES NA REGIÃO DO TORNADOZEL ESQUERDO E APRESENTANDO FERIMENTOS NO PÉ. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO. AO EXAME ATLS: VIA AÉREAS PÉRVIAS SEM CERVICALGIA, COLUMNA IMOBILIZADA COM PRANCHA RÍGIDA E COLAR CERVICAL. AR: MV + AHT SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS, EUPNEICO AC: RCPN 12/13 SOPROS, RCR 2T, PAS > 90 MMHG POR PALPAÇÃO DE PULSO RADIAL, ABD FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO, BACIA ESTÁVEL, SEM SINAIS DE SANGRAMENTO ATIVO. ECG 15, VIGIL, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. CM: ANALGESIA + EXAMES + PARECERES NCR/ORTO CIRURGIA GERAL. FAST NORMAL E SEM QUEIXAS CONDUTA: ALTA DA CIRURGIA GERAL.

(11/12/2019 18:08:52-MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FORTADO)

ACIDENTE MOTOCICLISTICO APOS SÍNCOPE-NEGA CEFALÉIA, REFERE DOR NO MIE. AO EXAME GLASGOW 15, SEM DÉFICIT MOTOR, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, FRATURA EXPOSTA NO MIE. CD-TC DE CRÂNIO

(11/12/2019 18:53:38-MAURO DE FREITAS GUERRA TERHA)

ACIDENTE MOTOCICLISTICO APOS SÍNCOPE-NEGA CEFALÉIA, REFERE DOR NO MIE. AO EXAME GLASGOW 15, SEM DÉFICIT MOTOR, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, FRATURA EXPOSTA NO MIE. CD-TC DE CRÂNIO.

(11/12/2019 18:53:38-MAURO DE FREITAS GUERRA TERHA)

*****NEUROCIRURGIA***** ACIDENTE DE MOTO, NO MOMENTO, CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DÉFICIT APENDICULAR. TOMOGRAFIA DE CRÂNIO SEM SINAIS DE SANGRAMENTO OU FRATURAS INTRACRANIANAS. RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL ATÉ C6 SEM SINAIS DE FRATURAS NEGA DOR EM COLUMNA VERTEBRAL DOR EXCLUSIVA EM PERNA ESQUERDA CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA. LIBERO PARA ORTOPEDIA (FRATURA DE TÍBIA)

(11/12/2019 20:37:30-RICARDO RODRIGUES DE CARVALHO)

ortopedia trauma perna com fratura diafária de tibia sem desvio cd: passeo + alta seguimento ambulatorial

(11/12/2019 20:45:19-ODR. DR. DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO)

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, DURANTE 24 HORA(S)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% - (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., AGORA

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: A2/PERFIL)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA

ULTRASSONOGRÁFIA - FAST

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

CURATIVO

PROCEDIMENTO

Digitizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:04:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110044836500000041745376>

Número do documento: 21060110044836500000041745376

SUELIO MOREIRA TORRES

CID10

S82.2 - Fratura do diáfise da tíbia
T14.9 - Traumatismo não especificado
T14.9 - Traumatismo não especificado
T14.9 - Traumatismo não especificado
T14.9 - Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conduta

Alta médica

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelho
CRM 6688 - REG-12957

Enfermeiro

ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO
(6688/PS)

Digitizado com CamScanner



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 11/12/2019

Usuário: ODILON DE

Bolém 1209605



Nome PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO		Data de Nascimento 10/11/1996	Idade 23a 1m 1d	Sexo MASCULINO	Nº 1209605	Nº Prontuário	Data Prescrição 11/12/2019 20:45:19
Motivo do Atendimento		Enfermaria / Leito		Validade da Prescrição 11/12/2019 20:45:00 - 12/12/2019 20:45:00		Senha	
Convenio SUS		Matricula					
Nome do medicamento		Dose	U.M.	Orientação de Uso	Data da entrada: 11/12/2019 12:53:52	Data da Internação:	Permanência na 7h 52min
					Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos
1 CURATIVO		0,0					Apazamento

ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO
CRM: 6668

Reimpresso por:

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelho
CRM 1209605 - TETO 12057

Assinatura e Carimbo do Profissional

Digitalizado com CamScanner





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho

Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO	23A 1M 1D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1209605	11/12/2019 12:53:52	
Convênio	Leito	Clínica
SUS		CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade
		19min
		Permanência no Leito

Parecer médico	
Especialidade	Profissional
NEURO CIRURGIA	
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 11/12/2019 13:12:42
POLITRAUMA	
Parecer	Data de Resposta:

[Handwritten signature]
SUELIO MOREIRA TORRES
Cirurgião Geral

Digitizado com CamScanner



Nome		Parecer Médico	
PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO		Idade	Prontuário
Boletim de Atendimento		23A 1M 1D	
1209605	Data de Entrada	Data Internação	Permanência na Unidade
Convênio	11/12/2019 12:53:52		20min
SUS	Leito	Clinica	Permanência no Leito
		CIRURGIA GERAL	
Parecer médico			
Especialidade	Profissional		
ORTOPEDIA			
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 11/12/2019 13:13:14		
POLITRAUMA			
Parecer	Data de Resposta:		


Suelio Moreira Torres
CRM 1240
Cirurgia Abdominal Geral
e Video Laparoscópica
Cirurgia Geral

Digitalizado com CamScanner



Parecer Médico

Nome	Idade	Prontuário
PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO	23A 1M 1D	
Boletim de Atendimento	Data de Entrada	Data Internação
1209605	11/12/2019 12:53:52	
Convênio	Leito	Clinica
SUS		CIRURGIA GERAL
		Permanência na Unidade
		18min
		Permanência no Leito

Parecer médico	Profissional
Especialidade	
CLINICA MEDICA	
Motivo da solicitação	Data da Solicitação: 11/12/2019 13:11:41
SINCOPE	
Parecer	Data de Resposta:


Suelio Moreira Torres
Coordenador de Atendimento
e Atendimento Especializado
Clínica Geral

Digitizado com CamScanner



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO N°: 564137

Data de Nascimento: 10/11/1996 N° Boletim Emergência: 1209605 Prontuário:

Material a examinar:

Data Prescrição: 11/12/2019 13:13:49

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COLUMNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO)
(AP/PERFIL)
*RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)
*RADIOGRAFIA DE PERNA ESQUERDA
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

AD + D INCURVADO

RAIOS-X	
TIPO	34 / 49 / 49
DATA	18.09
HORA	18.59
MODÉ TFC MD	Shanach
ASS	

Reimpresso por:

Assinatura e Carimbo do Profissional

FAST
18.09
18.59
Shanach

Maurice Arruda Galindo
Enfermeiro
CRM 12.273 / 2019



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 564244

Nome PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO		
Data de Nascimento 10/11/1986	Nº Boletim Emergência 1209805	Prontuário
Material a examinar		

Data Prescrição:
11/12/2019 16:55:38

EXAME DE IMAGEM
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TOMOGRAFIA
TIPO... CRÂNIO
DATA... 11/12/19
HORA... 18:03
NOME DO TC. RAD... Urosky
ASS... [assinatura]

Reimpresso por:
dia:

Dr. [assinatura]
CRM 22.6510

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932542940

Data Nasc: 10/11/1996 - 23 anos

Paciente: PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

Data Exame: 11/12/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

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

Análise:

Estruturas cerebrais de morfologia e coeficiente de atenuação normais.
Cerebelo e demais estruturas da fossa posterior sem evidências de alterações.
Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicas de padrão habitual para a idade.
Sistema ventricular de morfologia e dimensões normais.
Ausência de calcificações patológicas intra-cranianas.
Não há desvios das estruturas que compõem a linha média.
Não há sinais de coleções extra-axiais.
Calota craniana sem alterações.
Cavidades paranasais visibilizadas sem alterações significativas.

Este laudo foi liberado em 12/12/2019 17:39.

Dr. Leonardo Franco Felipe
CRM: 5263- PB

Digitizado com CamScanner





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Sanatório Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031-090
Tel: 32165700 - CNES: 1293262



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUIR
o trabalho**

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)
PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO

RG:

FOI ATENDIDO (A) POR **ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO**

DO (A) **CONSULTÓRIO ORTOPEDIA**

NO DIA **11/12/2019 20:38:16**

, NECESSITANDO DE **90** - noventa

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: **S82.2**

T14.9

T14.9

T14.9

T14.9

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E
SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE
AFASTAMENTO DO TRABALHO.

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Or. Joelho
5888 TEOT 122327

ODILON DE ALMEIDA RODRIGUES FILHO
(6688 PR)



tirada no moto g7 plus

HEETSHI - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Sanatório Humberto Lucena



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:04:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110044836500000041745376>

Número do documento: 21060110044836500000041745376



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Paulo Roberto de Jesus portador(a)
da identidade RG 1210, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
9h22 horas, portador(a) da patologia CID-
10 982.2, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período
de 60 (sessenta) dias, a partir desta data.

Dr. Rômulo Soares de Castro
033.002833 / CRM/PB 2833
CPF: 181.533.594-68

11/05/2020

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(a) _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1

oto g⁺ plus





ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Paulo Roberto de Vaze portador(a)
da identidade RG 1210, que o(a)
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às
982.2 horas, portador(a) da patologia CID-
10 982.2, devendo permanecer
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período
de 90 (Noveenta) dias, a partir desta data.

Dr. Rômulo Soares de
033.002853 / CRP
CPF: 161.533.533-53

João Pessoa, 09/03/2020

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(a) _____, a
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08576490920208152001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **PAULO ROBERTO OLIVEIRA NETO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 945,00 (NOVECIENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 27 de maio de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:04:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110044877100000041745378>
Número do documento: 21060110044877100000041745378