



Número: **0800836-74.2021.8.15.0271**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Picuí**

Última distribuição : **10/06/2021**

Valor da causa: **R\$ 5.400,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MAXSUEL DA SILVA SANTOS (AUTOR)		NILO TRIGUEIRO DANTAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75586214	04/07/2023 10:00	Petição	Petição
75586216	04/07/2023 10:00	2884238_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
75586218	04/07/2023 10:00	2884238_JUNTADA_DE_DOCS_01	Outros Documentos

EM ANEXO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.765.185 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/06/2009

NOME MAXSUEL DA SILVA SANTOS

PLACAO JOSÉ DE ALENCAR QUERINO DOS SANTOS
MARIA APARECIDA DA SILVA SANTOS

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
PICUI-PB 10/04/1995

DOC. DEBEM NASC.N.16783 FLS.054 LIV.A-18

CARTÓRIO PICUI-PB.

CPE 096.514-294-96

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 20/02/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E LUTA CONTRA O CRIME

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-096

Maxsuel da Silva Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE





COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA
AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 226 - JAGUARIBE JOÃO PESSOA PB 58015-570
CEP: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029
Informações e/ou Reclamações - Linha 115

SEGUNDA VIA

Nº Documento: 20210217421799

ESCRITÓRIO

PIÇUI

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
01742179.9

MATRÍCULA

CLIENTE

CPF/CNPJ:

VENCIMENTO

01742179.9

NILIO FRAGUEIRO DANTAS

047.XXX.XXX-XX

15/02/2021

INSCRIÇÃO

ENDEREÇO DO IMÓVEL

FATURA

028.001.020.0304.000

RUA ROLDÃO 2 DE MACEDO, 145 - JK PIÇUI PB 58187-000

02/2021

RESPONSÁVEL ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

ESGOTO

LIGADO

POTENCIAL

ÚLTIMOS CONSUMOS

DATA	PERÍODO	CONSUMO
01/2021	8-FL	12/2020 - 8-FL
11/2020	8-FL	10/2020 - 8-FL
09/2020	8-FL	08/2020 - 8-FL

ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR
1	8	9 PL5288

LEITURA

CONSUMO

CONSUMO/DEB

ANTERIOR	ATUAL	(M³)	DTAS	(M³)
1	9	8	28	0,29
04/01/2021	01/02/2021	NºHn: A03A017737		

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA
RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

8 M3

40,64

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.741 de 2012, MS 6,12

TOTAL

R\$

40,64

SR. USUÁRIO: EM 31/01/2021, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÉBITO.
COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.
CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 01/2021

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	VL. Médio	Parâmetro	VL. Médio	Parâmetro	VL. Médio	Parâmetro	VL. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)		P.R.		Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TERM. 00118822 AGENTE 118822 AGTE 7684
COBAN-057545 LOJA-UNIBR PAV-118822
21/02/2021 BANCO DO BRASIL 10:08:43
240354501 CORRESPONDENTE BANCARIO 1682
COMPROVANTE PAGAMENTOS COM COD.BARRA
CONVENIO: CAGEPA RECEBIMENTO
RECEBIMENTO 46640610028 01742179901
NR. DOCUMENTO 18.028
NR. CONVENIO 86.081-6
DATA DO PAGAMENTO 01/03/2021
VLR DO PAGAMENTO 48.64
NR. AUTENTICAÇÃO 5.C70.637.555.304.ATL





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu NILO TRIGUEIRO DANTAS

inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.951.774 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MAXUEL DA SILVA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o nº 096514234-96

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima O PRÓPRIO

inscrito (a) no CPF sob o nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Roldão Zacarias de Macedo</u>	Número: <u>145</u>	Complemento:
Bairro: <u>JK</u>	Cidade: <u>Picuí</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>nilotdantas@hotmail.com</u>	CEP: <u>58187-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 99912-5490 / 3371-2274</u>

Local e Data: Picuí/PB, 19 de março de 20 21

Nilo Trigueiro
Assinatura do Declarante





ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



CODIGO DA UNIDADE: 2757710
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICUI
END.: RUA FRANCISCO PEREIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO
MUNICÍPIO: PICUI ESTADO: PARAIBA UF: 25
Nome: MAXSUEL DA SILVA SANTOS
Raça/Cor: PARDa

Dt. Nasc: 10/04/1995 Idade: 25 ano(s) mês(es) de idade dia(as) de idade Sexo: M

Mãe: MARIA APARECIDA DA SILVA SANTOS

Profissão: ESTUDANTE

Endereço: RUA AGRIPINO CAMARA

Bairro: CENTRO

Município/CEP/IBGE: PICUI - PB - 58187000 - 251140

Telefone para contato: (83) 9838-7649

Data e Hora: 13/09/2020 12:49:52

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Prévia de uma de acidente de motocicleta em IBAIRÃO

de terças sem uma gravidade e sem lesões

na

apresenta trauma com lesão em região

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

de fêmur, fratura da tíbia, lesão

EIXO AMARELO

1. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

2. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

3. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

4. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

5. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

6. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

7. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

8. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

9. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

10. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

11. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

12. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

13. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

14. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

15. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

16. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

17. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

18. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

19. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

20. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

21. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

22. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

23. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

24. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

25. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

26. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

27. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

28. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

29. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

30. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

31. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

32. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

33. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

34. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

35. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

36. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

37. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

38. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

39. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

40. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

41. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

42. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

43. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

44. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

45. DADOS DE HISTÓRIA DE DOENÇAS PREVIAS

 MINISTÉRIO DA SAÚDE		 PÁTRIA AMADA BRASIL		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITAL	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO  HOSPITAL REGIONAL DE PICUI <i>Felipe Tiago Gomes</i> R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba Telefone: (83)3371-2554/ 3371-2990 CNPJ: 03.515.174/0001-85			2 - CNES 2757710		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
3 - NOME DO PACIENTE Maxwell P. de Silva Santos			4 - Nº DO PRONTUÁRIO 98.804		
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 704301572316890		6 - DATA DE NASCIMENTO 10/04/95		7 - SEXO MASCULINO ☒ FEMININO ☐	
8 - RAÇA/COR Parda			10 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº DO TEL 999387549		
9 - NOME DA MÃE Mônica Aparecida da Silva Santos			12 - TELEFONE DE CONTATO DDD () Nº DO TEL		
11 - NOME DO RESPONSÁVEL O mesmo			13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua: Agripino Carneiro		
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Picuí			15 - COD. IBGE MUNICÍPIO 51.40		17 - CEP 58.187-000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paralisia int. d. abd. e d. moto (S/P), apertado do fêmur d. 3.º jo. G					
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
O abd. unguis					
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Ex. físico + Rx					
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura d. 3.º jo. G		22 - CID 10 PRINCIPAL S02.4		23 - CID 10 SECUNDÁRIO	
24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Redução aberta + estereotaxia				26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 40402070-4	
27 - CLÍNICA Unigr		28 - CARÁTER DA INFORMAÇÃO () CNS () CPE		30 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PRINCIPAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 846283157017	
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Edson Ab		32 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07.09.2020		33 - ASSISTENTE E CARIMBO (Nº DE REGISTRO DO CONSELHO) Assistente: [Assinatura] Nº 046.200.57451	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)					
34 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		37 - CNPJ DA SEGURADORA		38 - Nº DO BILHETE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		40 - CNPJ DA EMPRESA		41 - CNAB DA EMPRESA	
36 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		42 - CSOR		43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZAÇÃO		45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		51 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO			





DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE:		
Marsuél da Silva Santos		
DATA DA OPERAÇÃO:	ENF.:	LEITO:
28.09.2020	205	02
OPERADOR:	1º AUXILIAR:	
Dr. Edley		
ANESTESISTA:		
Dr. Viana		
TIPO DE ANESTESIA:		
☒ GERAL () RAQUI () LOCAL () BLOQUEIO DE PLEXO () SEDACÃO () PERIOURAL () OUTRAS		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:		
Fratura de zygoma E		
TIPO DE OPERAÇÃO:		
Redução aberta + osteossintese		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:		
sem lesão		
EXAME RADIOLOGICO NO ATO:		
sem lesão		
INTERCORRÊNCIAS DURANTE A OPERAÇÃO:		
sem lesão		
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO		
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VÍSCERAS		
1. Acesso extra. inf. fronte. zigomático. 2. Incisão linear 3. Dissecção do plano fascial 4. Exposição do fragmento de fratura de zygoma E. 5. Redução aberta da fratura 6. Osteossintese com miniplaca 2.0 x 2.5 e 5 fios + 5 parafusos corticais 7. Sutura do plano com fio catgut triplex 4-0 8. Sutura da pele com fio mononylon 4-0 9. Curativo expurgo		

Dr. Edley Porto
CRM 10.123/456
CBO 31.10.01.01







NOME: Manoel da Silva Gomes		IDADE: 25		FRONTIÁRIO Nº: 98.891					
ENDEREÇO: RUA DA VILA, Nº 10, Fátima, J. de C.		ESTADO: RJ		DATA DA DETERMINAÇÃO: 28.01.2020					
CÓDIGO: 00000000000000000000000000000000		CÓDIGO: 00000000000000000000000000000000		DATA ATUAL: 29.09.2020					
PROTEÇÃO MÉDICA		HOMÓTIPO		EVOLUÇÃO DIÁRIA					
1	Dietas livres	1	2	3	4	5	6	7	8
2	Refeição salgada	EV 1/1	EV 2/2	EV 3/3	EV 4/4	EV 5/5	EV 6/6	EV 7/7	EV 8/8
3	Café da manhã 1g EV de 12/12h	EV 1/1	EV 2/2	EV 3/3	EV 4/4	EV 5/5	EV 6/6	EV 7/7	EV 8/8
4	Dipirona 2ml - AD EV de 6/6h	EV 1/1	EV 2/2	EV 3/3	EV 4/4	EV 5/5	EV 6/6	EV 7/7	EV 8/8
5	Fluor 1 ampola EV 12/12h	EV 1/1	EV 2/2	EV 3/3	EV 4/4	EV 5/5	EV 6/6	EV 7/7	EV 8/8
6	Dexametasona 4mg 1 ampola EV 12/12h	EV 1/1	EV 2/2	EV 3/3	EV 4/4	EV 5/5	EV 6/6	EV 7/7	EV 8/8
7	Dietário domal em 0'	EV 1/1	EV 2/2	EV 3/3	EV 4/4	EV 5/5	EV 6/6	EV 7/7	EV 8/8
8	Cuidados Gerais	EV 1/1	EV 2/2	EV 3/3	EV 4/4	EV 5/5	EV 6/6	EV 7/7	EV 8/8
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									

paciente incluído de acordo com o pós-operatório.

CA Defeito do circuito do injetor

Re controle pós-operatório.

Dr. Suelio Moreira Torres



GOVERNO
DA PARAÍBA

SEGUE
o trabalho



HOSPITAL REGIONAL
PICUI - PB



HOSPITAL REGIONAL DE PICUI

Felipe Tiago Gomes

R. Francisco Pereira Gomes, 16 - Monte Santo

Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba

Telefone: (33) 3371-2554 / 3371-2990.

CNPJ: 03.616.174/0001-86

FICHA DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

NOME: Manoel da Silva Santos

IDADE 25:

SEXO: MAS. ☒ FEM. ☐

Data: 28 / 09 / 2020

Enf.: 205 Leito: 02

Infecção: ☐ Sim ☒ Não ☐ Hospitalar ☐ Comunitária Setor: ☒ Cirúrgica ☐ Obstétrica ☐ Ortopédica

TOPOGRAFIA DA INFECÇÃO:

☐ Gastro Intestinal ☐ Genital ☐ Urinária ☐ Septicemia ☐ S.N.C.
☐ Respiratória ☐ Ferida Cirúrgica ☐ Pele / TSC ☐ Não Há

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

☐ Biópsia ☐ Punção Lombar ☐ Cateter Vesical ☒ Corticoideterapia
☐ Transf. Sanguínea ☐ Punção Abdominal ☐ Cateter Venoso ☐ Outros
☐ Traqueostomia ☐ Punção Venosa ☐ Tubo Orotraqueal

EQUIPE:

Cirurgião Dr. Edgley Anestesista Dr. Vieira Auxiliar

CONSIDERAÇÕES CIRÚRGICAS:

Diagnóstico: Fratura de fêmur 'E'

Cirurgia realizada: Redução aberta + Osteossíntese

Anestesia: geral

TIPO DA CIRURGIA:

☒ Limpa ☐ Contaminada ☒ Urgência ☐ Eletiva ☐ Med. Porte
☐ Pontenc. Contaminada ☐ Infectada ☐ Emergência ☐ Peg. Porte ☒ Gran. Porte

Raio X na sala: Sim ☐ Não ☒

ANTIBIOTICOTERAPIA: ☒ Profilático ☐ Terapêutico

Nome: Ofloxazona Dose: 02 g Duração: no ato cirúrgico

BACTERIOLOGIA:

GRAM	☐ Sim ☐ Não	Cultura	☐ Sim ☐ Não
Material	Data	Resultado	ATB

Condições de alta: ☐ Curado ☐ Melhorando ☐ Óbito ☐ Inalterado ☐ Palliativo

Dr. Edgley
Cirurgião e Traumatologista
CRM: 10.147/2010
PROF. 10.147/2010

Médico Assistente

C. C. I. H.





FICHA DE SALA - MEDICAÇÕES E INSUMOS UTILIZADOS DURANTE A CIRURGIA Sala Nº 01

Paciente: Marcelo da Silva Santos Enf.: 205 Leito: 02

Médico: Dr. Edley Anestesiologista: Dr. Vieira

Tipo de Anestesia: () Raqui () Peridural () Local (X) Geral () Sedação Início: Término:

Cirurgia Realizada: Redução de fratura + Osteossíntese

Setor: (X) Cirurgia Geral () Obstetrícia () Ortopedia

CIRCULANTE: Ronny / Ana Cristina

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QT	MATERIAIS/INSUMOS	QT	FIOS DE SUTURA	QT
DIAZEPAM		AGULHA 13X4,5		ALGODÃO C/ AGULHA Nº	
DIMORF <u>1g</u>	<u>02</u>	AGULHA 23X7		ALGODÃO S/ AGULHA Nº	
DOLANTINA		AGULHA 40X12	<u>02</u>	CATEGUTE SIMPLES Nº	
DORMONID		AGULHA PERIDURAL Nº		CATEGUTE SIMPLES Nº	
ETOMIDATO		AGULHA RAQUI Nº		CATEGUTE CROMADO Nº	
FENTANIL	<u>02</u>	ALGODÃO HIDRÓFILO		CATEGUTE CROMADO Nº	
HALOTHANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		MONONYLON Nº	
HYPOCAÍNA 2%		ATADURA CREPOM		MONONYLON Nº	
ISOFURINE		ATADURA ELÁSTICA		PROLENE Nº	
KETALAR		ATADURA GESSADA		PROLENE Nº	
LIDOCAÍNA GEL TÓPICO		BOLSA PARA COLOSTOMIA		POLIÉSTER Nº	
LIDOCAÍNA 2% C/ VASO		CATETER PARA O2	<u>01</u>	VICRYL Nº	
LIDOCAÍNA 2% S/ VASO		CLAMP UMBILICAL		VICRYL Nº	
NARCAN		COLETOR P/ SVO			
NALOXONA PESADA 0,5%		COMPRESSA (PCT C/ 5)	<u>02</u>	SOLUÇÕES	QT
NILPERIDOL		DEPÓSITO P/ ANATOMOPATOLÓGICO (P) (M) (G)		ÁGUA OXIGENADA	
PANCURON		DRENO HEMOVAC/SUÇÃO Nº		ÁLCOOL À 70%	<u>02</u>
PROPOFOL	<u>02</u>	DRENO PENROSE Nº		CLOREXIDINA	<u>02</u>
QUELICIN		ELETRODO	<u>03</u>	ÉTER	
SEVOFLURANO	<u>02</u>	EQUIPO P/ HEMOCONCENTRADO		FORMOL P/ ANATOMOPATOLÓGICO	
THIOPENTAL		EQUIPO MACROGOTAS		GEL CONDUTOR	<u>02</u>
TRACUR		ESPARADRAPO SIMPLES	<u>02</u>	PVPI DEGERMANTE	
		ESPARADRAPO MICROPORE		PVPI ODADO	
MEDICAÇÕES	QT	FIO DE KIRSCHNER Nº			
ÁGUA DESTILADA	<u>02</u>	GAZES ESTÉREIS	<u>02</u>	SÓROS	QT
ADRENALINA		INTRACATH INFANTIL		FISIOLÓGICO 0,9% 250 ML	
AMICACINA		INTRACATH ADULTO		FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML	<u>02</u>
AMINOFLINA		JELCO Nº		GLICOSADO 5% 500 ML	
ATROPINA		LÂMINA P/ BISTURI Nº 11		RINGER LACTATO 250 ML	
BROMOPRIDA		LÂMINA P/ BISTURI Nº 15	<u>01</u>	RINGER LACTATO 500 ML	<u>02</u>
BUSCOPAM COMPOSTO	<u>02</u>	LÂMINA P/ BISTURI Nº 23		HEMOCONCENTRADO 300 ML	
BUSCOPAM SIMPLES		LÁTEX	<u>02</u>	ÓRTESE E PRÓTESE	QT
CEDILANIDE		LUVA ESTÉRIL Nº 6,5		TALA GESSADA P/ MÃO	
CEFALOTINA 1G		LUVA ESTÉRIL Nº 7-0	<u>01</u>	TALA GESSADA P/ PUNHO	
CEFTRIAXONA 1G	<u>02</u>	LUVA ESTÉRIL Nº 7-5	<u>02</u>	TALA GESSADA P/ COTOVELO	
DEXAMETASONA	<u>01</u>	LUVA ESTÉRIL Nº 8-0		TALA GESSADA P/ ANTEBRAÇO	
DIPIRONA		LUVA ESTÉRIL Nº 8-5		TALA GESSADA P/ JOELHO E PERNA	
DICLOFENACO		LUVA P/ PROCEDIMENTO NÃO ESTÉRIL	<u>02</u>	TALA TIPO BOTA P/ TORNOZELO OU PÉ	
EFEDRINA		SERINGA DESCARTÁVEL 1 ML	<u>01</u>	TIPÓIA SIMPLES P/ MMSS	
FENERGAN		SERINGA DESCARTÁVEL 3 ML	<u>01</u>	EQUIPAMENTOS	QT
GLICOSE AMP		SERINGA DESCARTÁVEL 5 ML	<u>01</u>	ASPIRADOR	X
HIDRALAZINA		SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML	<u>01</u>	BISTURI ELÉTRICO	X
HIDROCORTISONA 1MG		SERINGA DESCARTÁVEL 20 ML	<u>01</u>	BERÇO AQUECIDO	
METRONIDAZOL		SONDA DE FOLLEY Nº		CARDIOMONITOR COMPLETO	X
METHERGIN		SONDA NASOGÁSTRICA Nº		DESFIBRILADOR	
NAUSEDRON	<u>02</u>	SONDA URETRAL Nº 14	<u>01</u>	FOCO CENTRAL	X
NEOSTIGMINA		TELA CIRÚRGICA		MESA ORTOPÉDICA AUXILIAR	
OMEPRAZOL	<u>01</u>	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 8,0	<u>01</u>	NEGATOSCÓPIO	
OXITOCINA		GASES UTILIZADOS	QT		
PLASIL		AR COMPRIMIDO			
RAMITIDINA		OXIGÊNIO L/MIN	<u>02</u>	OUTROS:	QT
TENOXICAM	<u>01</u>				
TRANSAMIN					
VITAMINA K					



SUS

PREFEITURA MUNICIPAL DE PICUI

SECRETARIA DE SAÚDE

GERA - Guia de Encaminhamento e Referência Ambulatorial/PPI

Nº 445, 2020

Data da Emissão 16/09/2020

1 - Nome do Paciente Alexsuel da Silva Santos			ORIGEM DO PACIENTE	
2 - Endereço Rua Agripino Camargo, 168. Picuí RB			7 - Unidade de Referência	
3 - Bairro				
4 - CEP 53187000	5 - Fone 83.999335291	6 - Cartão SUS 704.3015 72316890		
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
8 - CÓD. DO SIA		9 - DESCRIÇÃO		
		Redução Cruenta + Osteosíntese		
10 - PROFISSIONAL SOLICITANTE		11 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		12 - UNIDADE EXECUTANTE
		Janaina de Almeida Lima Almeida Secretaria Municipal de Saúde		☐ 010 ☐ 020 ☐ 030 ☐ 040
ASSINATURA E CARIMBO		ASSINATURA E CARIMBO		DATA ____/____/____ ASSINATURA E CARIMBO

Campo 1,2,3,4,5,6 - Dados do Encaminhado

Campo 7 - Unidade de Referência do encaminhado; Ex: UBS da Penha

Campos 8 e 9 - Definição do(s) procedimento(s) solicitado(s). Obrigatório cod. No campo 8.

Campo 10 - Identificação do profissional e registro no Conselho correspondente

Campo 11 - Confirmação pela Secretaria Municipal

Campo 12 - Para uso da unidade executante:

010 - Atendido nesta data

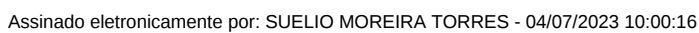
020 - Referência não pactuada

030 - Teto referenciado atingido

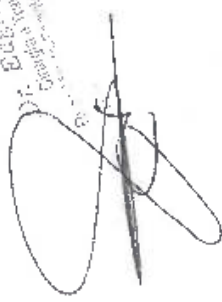
040 - Outras situações







FRONTIÁRIO Nº: 98.861		DATA DA INTERNAÇÃO: 28.09.2024	
DATA ATUAL: 28.09.2020		EVCUÇÃO DIÁRIA	
Paciente vítima de acidente de moto (SID) apresentando traumatismo na face. Ao exame clínico, equívoco periorbital E. presença de deformidade óssea traumática na região de zígoma E.		No exame radiográfico, presença de imagem compatível com fratura de zígoma E.	
HD: Fratura de zígoma E.		LBBG: Paciente sem comorbidades. Não retém alergia a medicamentos.	
Exames realizados: hemograma, coagulograma, glicemia em jejum, ECG + risco cirúrgico, Rx de face.		Submetido à redução cruenta da fratura de zígoma E + osteossíntese com: miniplaca orbital 2.0 de 5 furos + 5 parafusos corticais.	



Dr. Edilson de Souza
Especialista em Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço



HOSPITAL REGIONAL

POMBAL - PB

"Felipe Albuquerque"

R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
Cep: 58.187-000 - Pícol - Paraíba
Telefone: (33) 3371-3584/ 3371-2890.
CNPJ: 08.516.174/0001-85

Nº AIH _____

Nº de Ordem _____

Nº de Reg. 08.809

Nº Docum. 3.765.185

ARQUIVO MÉDICO

Nome: Manoel da Silva Santos

Responsável: O mesmo

Pai: José da Conceição Gomes dos Santos

Mãe: Maria Aparecida da Silva Santos

Profissão: _____ Data Nascimento: 10/04/95 Idade: 25

Endereço: R. Agripino Câmara Nº 166

Bairro: _____ Cidade: D. O. UF: PB

Estado civil: Casado(a) ☐ Solteiro(a) ☒ Viúvo(a) ☐ Outros: ☐

PREENCHIMENTO MÉDICO

Diagnóstico definitivo: Ruptura de zircão

Tratamento efetuado no hospital: Redução cirúrgica +

osteomínta com enxerto

Exames realizados: Hemograma, Coagulograma,

glicemia em jejum, ECG + traço cirúrgico

internado em: 28/09/2020 Alta em: 1/10/2020 Óbito em: 1/10/2020

Dr. Edgley Porto
Médico Assistente
Assinatura: _____
Assinatura: _____
Assinatura: _____

Arquivista

Médico Assistente



Declaração

Declaro para os devidos fins, que o(a) Sr(a): **Maxsuel da Silva Santos. RG: 3.765.185**, nascido(a):

10/04/1995, declarou ser: **Autônomo, Residente na Rua: Agripino Câmara, - Picuí -PB**, com entrada nesta unidade hospitalar na data: **28/09/2020. Vítima de Acidente de Moto** para tratamento Cirúrgico **CID-10: S02.4**. Estando o (a) mesmo (a) impossibilitado (a) de exercer suas atividades profissionais por : **60 dias, a partir desta data**. O documento encontra-se no **SAME** (Setor de Arquivo Médico).

Picuí - PB, 05 de Outubro de 2020.

Dr. Edgley Porto

Cirurgia e Traumatologia
Boca-Maxila-Estomatologia - Odontologia
CRM-10.342/20074-82

Dr. Edgley Porto

Cirurgia e Traumatologia

Buco - maxilo - Facial

CRO - PB - 3848

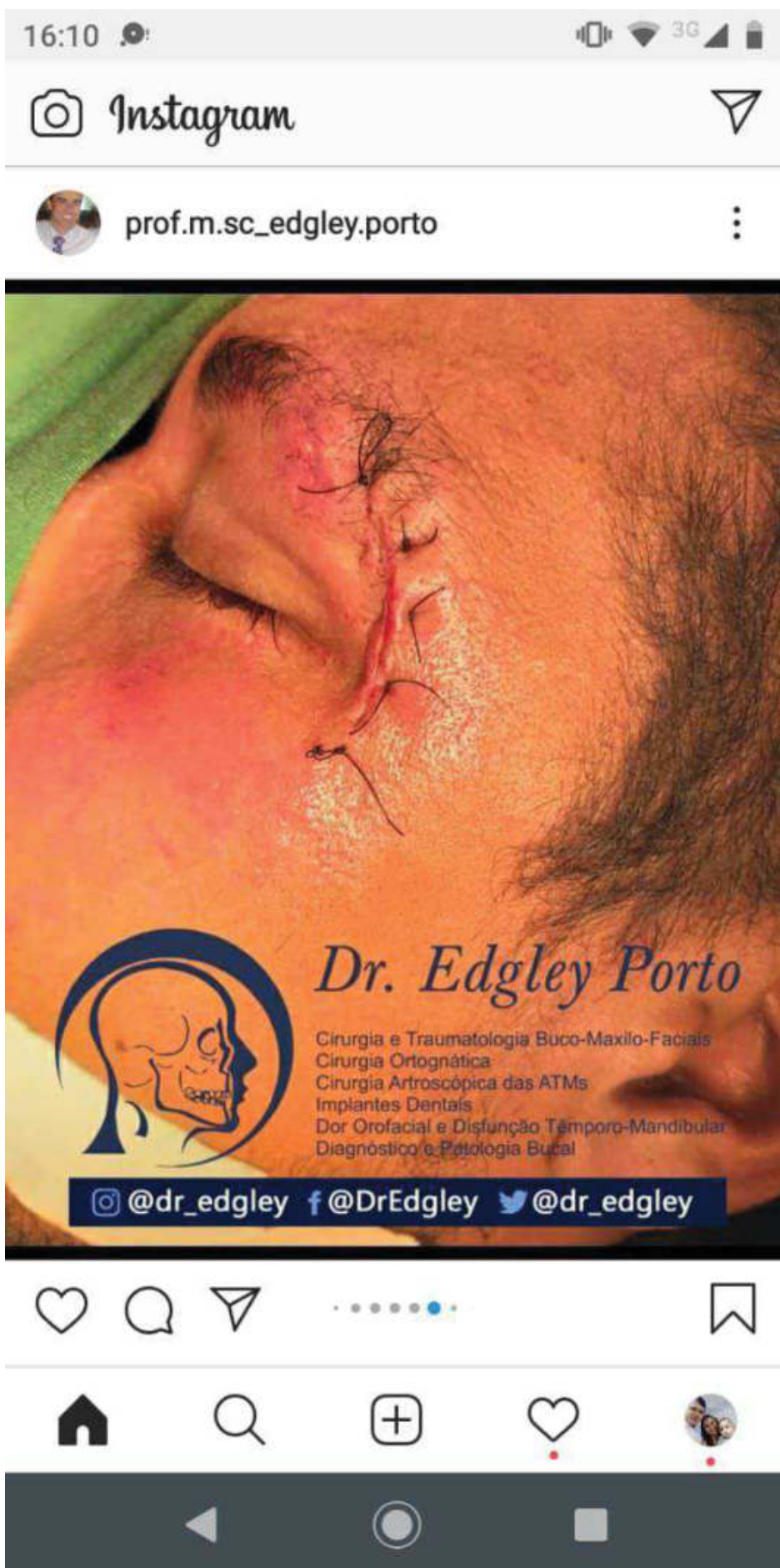
HOSPITAL REGIONAL DE PICUÍ

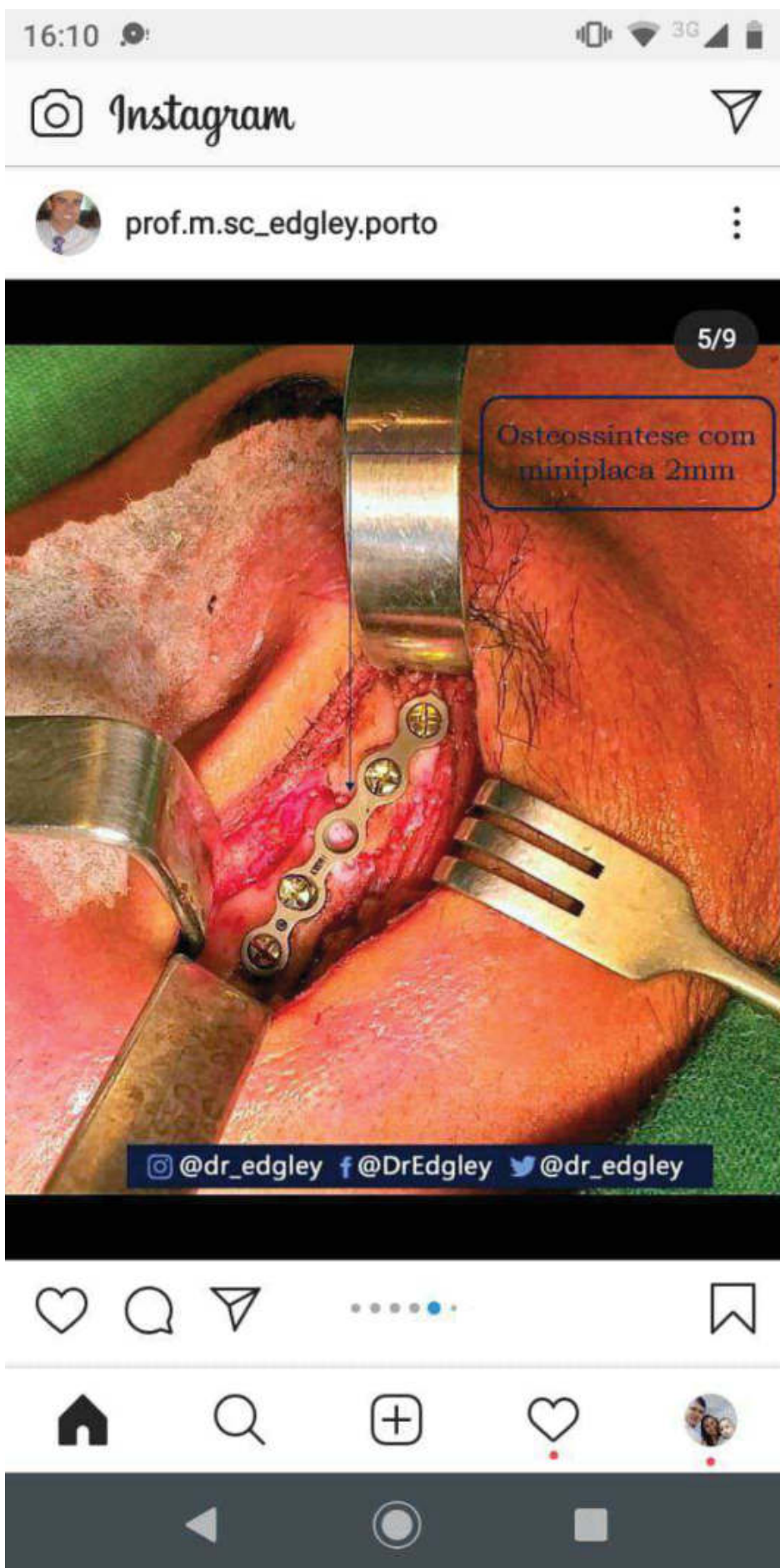
Felipe Tiago Gomes

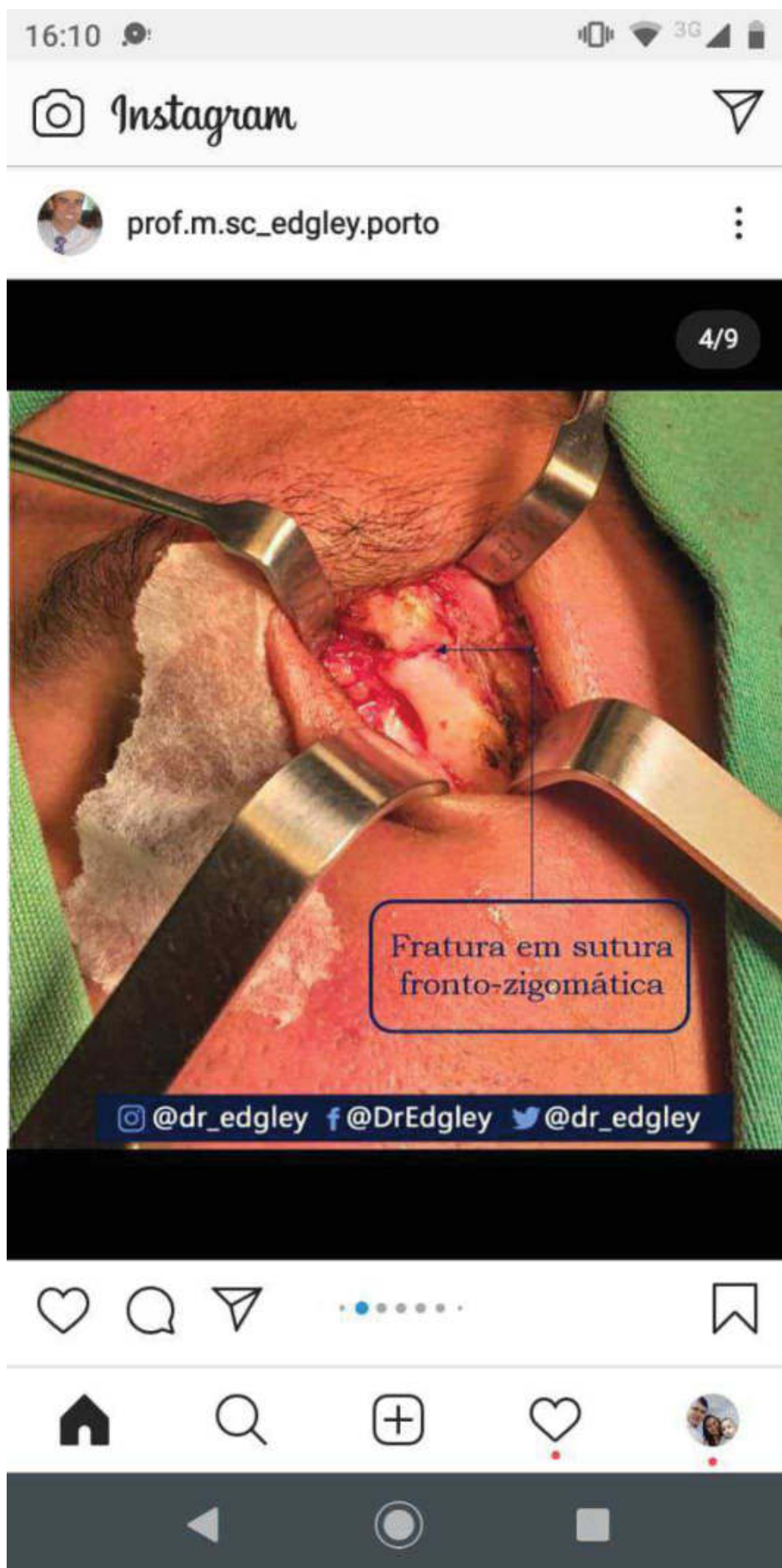
R. Francisco Pereira Gomes, 15 - Monte Santo
Cep: 58.187-000 - Picuí - Paraíba
Telefone: (83)3371-2554/ 3371-2990.
CNPJ: 03.515.174/0001-85

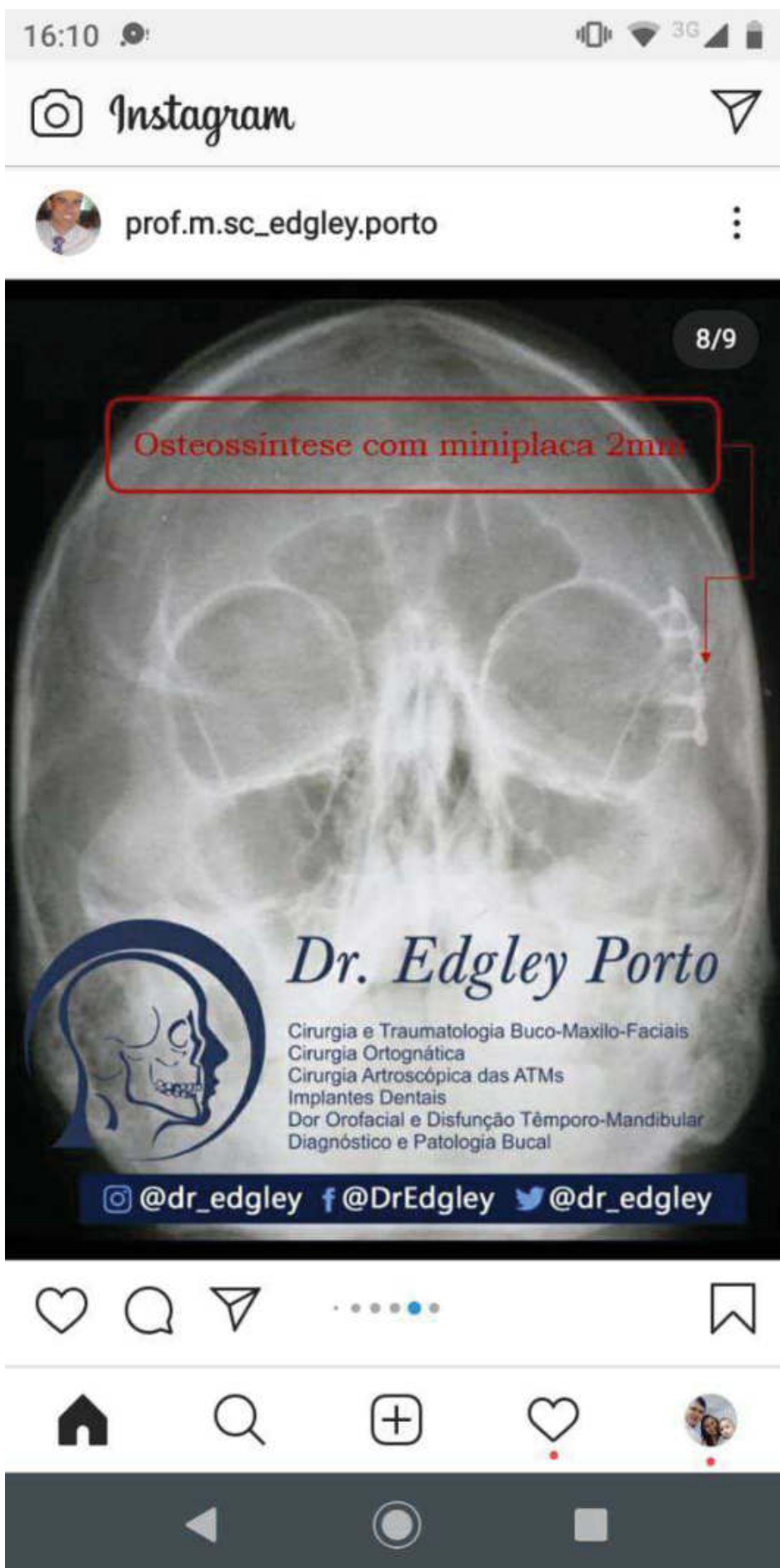


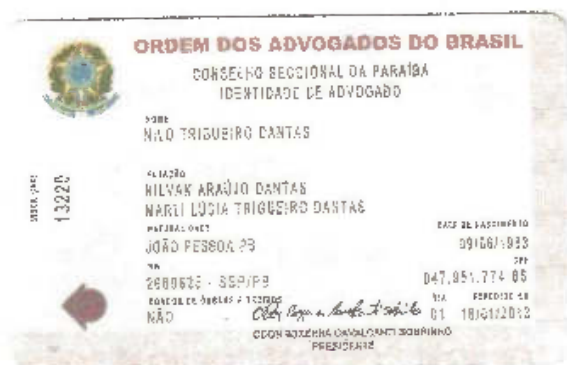
















C E R T I D ã O

Nº. Cont.: 014/2020

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o registro de Ocorrências N.º 014/2020, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Aos 19 dias do mês de Dezembro do ano de 2020, nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) **Bel. Fernando Antonio Zóccola Ferreira**, Delegado de Polícia Civil, comigo, Escrivã (o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, por volta das 14h.00 min. compareceu: **MAXSUEL DA SILVA SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Picuí/PB, nascido aos 10/04/1995, com 25 anos de idade, filho de Jose de Alencar Querino dos Santos e Maria Aparecida da Silva Santos, RG nº 3.765.185-SSDS-PB, CPF nº 096.514.294-96, residente e domiciliado na Rua Agripino Camara, nº 166, Bairro Centro, Picuí/PB, contato: 9.9114-2365; **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 13 de Setembro de 2020, por volta das 12:30 horas, foi vítima de acidente de trânsito; Que trafegava pela Rua Manoel Lourenço de Farias, no Bairro Monte Santo dessa cidade de Picuí/PB, quando nas proximidades da praça lá existente, momento em que ao transpassar uma lombada, acabou perdendo o controle de direção da moto e caindo ao solo; Que a vítima conduzia a motocicleta Honda POP 100, placa QJR-9030/RN, cor vermelha, ano 2012/2012, CHASSI Nº 9C2HB0210CR484818, Renavam 0500054678, licenciada em nome de Jose de Alencar Querino dos Santos Junior; Que o mesmo foi socorrido pela Testemunha Jose Gerlano Dantas Medeiros para o Hospital Regional de Picuí, nessa cidade, onde recebeu atendimento médico e constatou-se um traumatismo cranioencefálico(TCE) moderado, tendo o noticiante sido submetido a tratamento cirúrgico por fratura de estrutura craniofacial (fratura do zigoma esquerdo) no dia 28/09/2020, conforme consta no prontuário médico apresentado nessa delegacia; Que as testemunhas abaixo assinadas tomaram conhecimento do ocorrido. Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fe.**

Picuí/PB, 19 de Dezembro de 2020.

COMUNICANTE:

MAXSUEL DA SILVA SANTOS
Maxsuel da Silva Santos

Jose Gerlano Dantas Medeiros
JOSE GERLANO DANTAS MEDEIROS

TESTEMUNHA 1: RG 1.681.376 -SSP-PB, residente na Rua Manoel Lourenço de Farias, 317, Bairro Monte Santo, Picuí/PB.

Tiberio Cunha Henriques
TIBERIO CUNHA HENRIQUES

TESTEMUNHA 2: RG: 2.899.664, residente na Rua Agripino Camara, 189, Bairro Centro, Picuí/PB.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210111937 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAXSUEL DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 13/09/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

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 DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

**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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210111937 **Cidade:** Picuí **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MAXSUEL DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 13/09/2020 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: e

Resultados terapêuticos: e

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: *AMD500*

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: MAXSUEL DA SILVA SANTOS, brasileiro(a),
SOLTEIRO, AGRICULTOR, portador(a) do RG nº.
3.765.185 expedido por SSDS / PB em 22 / 06 / 2009 e do CPF nº.
096.514.294-96, residente na (o)
AGRIPINO CAMARA
município de PICUI - PB, CEP 58187-000.

Outorgado: NILO TRIGUEIRO DANTAS, brasileiro, casado, advogado, inscrito a OAB/PB sob nº.
13220 e na OAB/RN sob nº. 834-A, portador do RG nº 2.669.825 SSP/PB 2ª via e CPF nº
047.951.774-65, residente e domiciliado na Rua Roldão Zacarias de Macedo, 145, JK, Picuí - PB.
e-mail: nilotdantas@hotmail.com tel.: (83) 3371-2274/ 99912-5490/ 99104-9190/ 98852-4690.

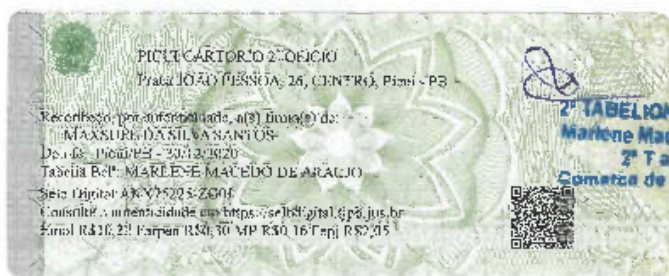
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em
acidente de trânsito o(a) Sr(a) MAXSUEL DA SILVA SANTOS, ocorrido em
13 / 09 / 2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo, referente ao processo
de natureza INVALIDEZ, a ser pleiteado.

Podendo o dito procurador, representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo
requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de
Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da
Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que
forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento
do presente mandato.

Picuí - PB, 20 de Dezembro de 2020.



MAXSUEL DA SILVA SANTOS
outorgante



2º TABELIONATO PÚBLICO
Marlene Macedo de Araújo
2ª Tabela
Comarca de Picuí - Paraíba



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093302/21
Vítima: MAXSUEL DA SILVA SANTOS
CPF: 096.514.294-96
CPF de: Próprio
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
Data do acidente: 13/09/2020
Titular do CPF: MAXSUEL DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

NILO TRIGUEIRO DANTAS : 047.951.774-65

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MAXSUEL DA SILVA SANTOS : 096.514.294-96

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: 05/04/2021
Nome: NILO TRIGUEIRO DANTAS
CPF: 047.951.774-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/04/2021
Nome: JOSIVAN GOMES DA SILVA
CPF: 117.281.804-57

NILO TRIGUEIRO DANTAS

JOSIVAN GOMES DA SILVA





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, 18 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210111937

Vítima: MAXSUEL DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 13/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: NILO TRIGUEIRO DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MAXSUEL DA SILVA SANTOS

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: MAXSUEL DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000004916

Conta: 000001062-9

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,





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:

096.514.294-96

MAXSUEL DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo:

MAXSUEL DA SILVA SANTOS

6 - CPF:

096.514.294-96

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

AGRICIPINO CAMARA

9 - Número:

468

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

PIÇUR

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55187-000

15 - E-mail:

nilotdantas@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(83) 3371-2274

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\$1.000,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4316

CONTA:

1062

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 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.

Por motivo acima ad, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, reconhecendo, desde já, em me submeter à avaliação médica de todas as Seguradoras Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 6.194/74, e L. 10.131/18, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de rescisão, caso discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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) (alugor)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

☐ Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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

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)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



C E R T I D ã O

Nº. Cont.: 014/2020

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o registro de Ocorrências N.º 014/2020, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Aos 19 dias do mês de Dezembro do ano de 2020, nesta cidade de Picuí, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, presente a Autoridade Policial o (a) **Bel. Fernando Antonio Zóccola Ferreira**, Delegado de Polícia Civil, comigo, Escrivã (o) de Polícia de seu cargo no final assinado e declarado, por volta das 14h.00 min. compareceu: **MAXSUEL DA SILVA SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Picuí/PB, nascido aos 10/04/1995, com 25 anos de idade, filho de Jose de Alencar Querino dos Santos e Maria Aparecida da Silva Santos, RG nº 3.765.185-SSDS-PB, CPF nº 096.514.294-96, residente e domiciliado na Rua Agripino Camara, nº 166, Bairro Centro, Picuí/PB, contato: 9.9114-2365; **CIENTE DAS SANÇÕES CIVIS, ADMINISTRATIVAS E CRIMINAIS AS QUAIS ESTÁRA SUJEITO(A) CASO O QUANTO AQUI DECLARAR NÃO PORTE ESTRITAMENTE A VERDADE, ASSIM FAZ O REGISTRO: QUE no dia 13 de Setembro de 2020, por volta das 12:30 horas, foi vítima de acidente de trânsito; Que trafegava pela Rua Manoel Lourenço de Farias, no Bairro Monte Santo dessa cidade de Picuí/PB, quando nas proximidades da praça lá existente, momento em que ao transpassar uma lombada, acabou perdendo o controle de direção da moto e caindo ao solo; Que a vítima conduzia a motocicleta Honda POP 100, placa QJR-9030/RN, cor vermelha, ano 2012/2012, CHASSI Nº 9C2HB0210CR484818, Renavam 0500054678, licenciada em nome de Jose de Alencar Querino dos Santos Junior; Que o mesmo foi socorrido pela Testemunha Jose Gerlano Dantas Medeiros para o Hospital Regional de Picuí, nessa cidade, onde recebeu atendimento médico e constatou-se um traumatismo craneioencefálico(TCE) moderado, tendo o noticiante sido submetido a tratamento cirúrgico por fratura de estrutura craniofacial (fratura do zigoma esquerdo) no dia 28/09/2020, conforme consta no prontuário médico apresentado nessa delegacia; Que as testemunhas abaixo assinadas tomaram conhecimento do ocorrido. Era o que tinha a registrar. O referido é Verdade e Dou fe.**

Picuí/PB, 19 de Dezembro de 2020.

COMUNICANTE:

MAXSUEL DA SILVA SANTOS
Maxsuel da Silva Santos

Jose Gerlano Dantas Medeiros
JOSE GERLANO DANTAS MEDEIROS

TESTEMUNHA 1: RG 1.681.376 -SSP-PB, residente na Rua Manoel Lourenço de Farias, 317, Bairro Monte Santo, Picuí/PB.

Tiberio Cunha Henriques
TIBERIO CUNHA HENRIQUES

TESTEMUNHA 2: RG: 2.899.664, residente na Rua Agripino Camara, 189, Bairro Centro, Picuí/PB.





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:

096.514.294-96

MAXSUEL DA SILVA SANTOS

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

5 - Nome completo:

MAXSUEL DA SILVA SANTOS

6 - CPF:

096.514.294-96

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

AGRICIPINO CAMARA

9 - Número:

468

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

PIÇOL

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55187-000

15 - E-mail:

nilotdantas@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(83) 3371-2274

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\$1.000,00 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)

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4316

CONTA:

1062

3

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 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.

Por motivo acima ad, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, reconhecendo, desde já, em me submeter à avaliação médica de todas as Seguradoras Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 6.194/74, e L. 19.618, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de rescisão, caso discordo da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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) (alugado)?

☐ 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

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:

PIÇOL-PE, 19/03/2024

MAXSUEL DA SILVA SANTOS

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	13/04/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321011193701
VALOR TOTAL:	1.350,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MAXSUEL DA SILVA SANTOS

BANCO: 104
AGÊNCIA: 04916
CONTA: 000000001062

Número da Autenticação

A6A1B9BC692A23BE





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PICUI/PB

Processo: 08008367420218150271

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MAXSUEL DA SILVA SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PICUI, 30 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:00:17
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410001673800000071207348>
Número do documento: 23070410001673800000071207348

Num. 75586218 - Pág. 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/07/2023 10:00:17
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070410001673800000071207348>
Número do documento: 23070410001673800000071207348

Num. 75586218 - Pág. 3