Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

20/10/2020

Número: **0806154-06.2018.8.15.0251**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Patos**
Última distribuição : **06/12/2018**
Valor da causa: **R$ 10.125,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS (AUTOR)	GUILHERME TRINDADE HENRIQUES BEZERRA CAVALCANTI (ADVOGADO) BRUNO VIEIRA FERNANDES PINHEIRO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35691971	20/10/2020 15:27	Apelação	Apelação
35691973	20/10/2020 15:27	2557671_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_03	Apelação
35691975	20/10/2020 15:27	2557671_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_02	Apelação
35691978	20/10/2020 15:27	2557671_RECURSO_DE_APELACAO_01	Apelação

EM ANEXO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/11/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00043

CONTA: 000000164036-0

Nr. da Autenticação CB98DF93AD9F1721

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/08/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 3.375,00

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00043
CONTA: 000000164036-0

Nr. da Autenticação C6DCC0E8D812495F

DOCUMENTO 4 "T4%"

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Antonio Sousa dos Santos,

RG nº 3.515.220, data de expedição 04/01/2007

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 086.508.474-80, com domicílio na cidade de Santa Terezinha, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Antigo de Baixo Zona Rural, nº S/N, complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Pedro Neto Sousa dos Santos, cujo o condutor era Pedro Neto Sousa dos Santos

Veículo: Moto
Modelo: Honda CG 125 FAN-KS
Ano: 2014/2014
Placa: AFF-9477-PB
Chassi: 9C2JC4110ER408191
Data do Acidente: 25/07/2015
Local e Data: Santa Terezinha PB_05 de julho 2017

CARTÓRIO STA TEREZINHA

Paulo Antonio Sousa dos Santos
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

SELO DIGITAL
AFD62572-2VRC
https://selodigital.tjpb.jus.br

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE SANTA TEREZINHA - PB
CEP 58 700 - 000

Reconheço a Verdade da Firma de Paulo Antonio Sousa dos Santos
Dou Fé
Sta. Terezinha - PB 05/07/17
Em testemunho da verdade
João Rufino de Lucena
João Rufino de Lucena
Oficial

SUS

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2605473 CNPJ: 08.778.268.0023/76

NOME: HOSPITAL REGIONAL DEP JANDUHY CARNEIRO

ENDEREÇO: RUA HORACIO NOBREGA, S/N

CIDADE: PATOS ESTADO: PARAIBA UF: 13

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Nascimento: 22/9/1995 Idade: Cor: PARDA Sexo: M

Profissao: ESTUDANTE

Endereco: SITIO URTIGA Num.:

Bairro: ZONA RURAL Fone: (83)8102-2461

Cidade: SANTA TERESINHA - PB 58720-000 - 2513802

CNS: 708 4410 4672 0008 Identidade: 4094729SSP PB

CPF: 70500566 Reg. Nasc.:

Data / Hora: 26/7/2015 00:42:48 Recepcionista: Iara

Ficha Número: 77508 32900

PESO: PA: TEMP.:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Vítima de acidente moto hoje estava, trajeto para casa sem capacete estava, acordado com edema perceptível (E) + nariz + lesão corto contuso em regiao parietal (E)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Anamnese + Exame físico

RESULTADOS

DOCUMENTO S/ TEMO

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

(1) SSS 1. 500 ml + 5 ml 50% 30 ampolas (EV)

(2) Nausedron 8mg, 01 amp + AD (IV)

TC CRÂN

CARÁTER DO ATENDIMENTO

01 - ELETIVO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

SUTURA

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

ÓBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 - 0401010058

2 -

3 -

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns

JAIRO LEAL SOARES JUNIOR - 8882 - 000-0000-0000-0000

CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Antonio Sousa dos santos

Polegar Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

PROTOCOLO

REVISADO

Secretaria Municipal de Saúde - Patos-PB

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDUHY CARNEIRO
PATOS - PB

ENCAMINHAMENTO

Encaminho o paciente Pedro Alves Souza
residente na (o) _____
município de Patos PB
para o (a) Hospital de Trauma de Campina Grande
na cidade de Campina Grande

JUSTIFICATIVA

Paciente vítima de acidente com motocicleta com edema hemorrágico + lesões extensas em região palpebral.

TCE, com rebaixamento do nível de consciência Glasgow 7

Paciente acompanhado por dois Tomo.

HD: TCE + hematoma subdural + efeito de massa com desvio da linha média.

EXAMES REALIZADOS:
TC de crânio: Hematoma subdural + efeito massa

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:
Sutura de lesão em pele

HISTÓRICO CLÍNICO (do Internamento e Atual):
Foi atendido hoje às 09:00hs.
Dany W

Dr. Jairo Leal Soares Júnior
Cirurgião Cardiovascular
CRM PB 9652

Assinatura e carimbo do profissional

Patos – PB, 26/07/2015

Av. Hortêncio Nóbrega, S/N
Bairro Belo Horizonte
CEP: 58704-000
Patos/PB – Brasil
Fone/Fax: (83) 3423-2741

www.hrpatos.pb.gov.br

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

SUS

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DO ATENDIMENTO

Código da Unidade: 0023671 — CNPJ: 08.778.268/0001-60

Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS

Município: CAMPINA GRANDE — Estado: PARAÍBA — UF: 25

PACIENTE:

Nome: PRONTUÁRIO Nº 1227030 — Sexo: MASCULINO — Idade: 10.0

Profissão: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS — Documento: SEM DOCUMENTAÇÃO

Endereço: TEL.-9115-0761 (K) — Bairro: ZONA RURAL

Município: SITIO URTIGA, — Estado: PB — CEP:

Data Atendimento: 26/07/2015 15:56h — Código do Município: 251560

RAÇA/COR

( ) 1 - BRANCA — NASCIMENTO: 22/09/1985 — ( ) 2 - PRETA — QUEIXAS: ACIDENTE DE MOTO — ( ) 3 - PARDA

( ) 4 - AMARELA — ( ) 5 - INDÍGINA — ( ) 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS:

VIVO

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPO

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

1.
2.
3. TOMOGRAFIA
4.
5. 28/07/15

DIAGNÓSTICO / CID:

NATUREZA DA CONSULTA

Consulta Básica (PAB):

Consulta Especializada

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO

- ☐ 01 - URGÊNCIA;
- ☐ 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA;
- ☐ 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO;
- ☐ 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÂNSITO;
- ☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS.

MEDICAÇÃO

- ☐ 01 - PRESCRITA
- ☐ 02 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO

- ☐ OBSERVAÇÃO
- ☐ RESIDÊNCIA
- ☐ INTERNAÇÃO
- ☐ OUTRO HOSPITAL
- ☐ ÓBITO
- ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO / PROCEDIMENTO	OBS	QUAN

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(AIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S)

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO)

MOD.-01

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome: Pedro Neto Sousa dos Santos
End: Sítio Urtiga Bairro: Santa Terezinha
Data de Nascimento: 22/09/1995 Documento de Identificação:
Queixa: A.C. Moto Data do Atend: 26/07/2015 Hora: 15:55 Documento:
Acidente de trabalho? ( ) Sim (X) Não

Classificação de Risco

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

MOD. 119

Estratificação

(X) Vermelho - atendimento imediato
( ) Verde - atendimento até 4 horas
( ) Amarelo - atendimento até 1 hora
( ) Azul - atendimento ambulatorio

Assinatura e carimbo do profissional

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Ala Neuro

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Pedro Neto Souza dos Santos Idade: 19 anos
Convênio: Data: 28/07/15
Procedimento: T. C. de extracranial

Cirurgião: Dr Saul Auxiliar: Anestesista:

Início: Término: Anestesia: Geral

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
13:00	140x71	106	95%	[illegible]	+	Desorientado
11:00	13:65	126	96%	[illegible]	+	desorientado
11:30	140x68	120	[illegible]	[illegible]	+	Desorientado
12:00	12x68	123	99%	[illegible]	+	Desorientado
12:30	12x68	95	99%	[illegible]	+	Desorientado
13:00		98	98%	[illegible]	+	" "
Obs				[illegible]	+	Desorientado
13:00	—	112	99%			

Medicamentos / Materiais	Quantidade

Observações:
Desprezado 1000 ml de diurese às 23:30h
Desprezado 500 ml de diurese às 03:30h

Realizou TAC de crânio. Aguardando resultado pela Neuro

Desprezado 1000 ml de diurese às 11:40

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

MOD. 33

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: Pedro Neto | Donde: | Alojamento: | Leito:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
27.07	DIETA ORAL SUSPENSA		27.07.15 # NUK
	SORO FISIOLOGICO 0,9% 2000ML EV (50GTS/MIN)		# 4º DPO
	SG H 50% 40ML ENC. ADA FASE DO SORO		HEDA / Abrodomario.
	DIPIRONA 1GR 02 AMP + ABD 10ML EV 6/6H		
	OMEPRAZOL 40MG 1 AMP + ABD 10ML EV AO DIA		Consultar ginecologia
	TRAMADOL 50MG EV 8/8HS SE DORES INTENSAS		Reavaliar
	NAUSEDRON 4MG EV 8/8HS ACM		Fisioterapia motora
	FENITOINA 100MG 2ML EV 8/8HS		
	CAPTOPRIL 25MG SNL SE PAS 180/100MMHG		Prescrição
	Cefazolina 1g EV 6/6h		Alergia de dipirona
	CATETER NEUTRO 30 graus		Venhlo para.
	HGT DE 8/8HS E CORREÇÃO SEG. PROTOCOLO		Suspenda sedação
	FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA	(164)	Retirar dreno
	COMUNICAR ANORMALIDADES AO CLINICO		

Dr. George A. C. Mendes
Neurologista
Intensivista
CRM-PE 5346

Dr. George A. C. Mendes
Neurologista
Intensivista
CRM-PE 5346

Ensaio de Neuroestimulação do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Nome do Paciente: Pedro Neto			Nº Prontuário: 1227030
Data da Operação: 20260715	Enf. —	Leito —	
Operador: Dr. Saul		1.º Auxiliar	
2.º Auxiliar —	3.º Auxiliar —	Instrumentador —	
Anestesia: Dr. Longuinho		Tipo de Anestesia	

Diagnóstico Pré-Operatório: Hérnia FP à (E) + Fratura Fémur. Prolongar (E) com UMC.

Tipo de Operação: Dr. à. Hérnia / Fem. crânio / Osteosíntese

Diagnóstico Pós-Operatório: O mesmo

Relatório Imediato da Patologia: —

Exame Radiológico no Ato: —

Acidente Durante a Operação: —

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
2. Assepsia + antissepsia + isolamento campos
3. Assepsia + antissepsia + isolamento do campos
4. Incisão FP à E com prolongamento pregueado - interno 5. Identificou fratura "estrela", cominutiva + perda osso parietal posterior bacia esquerda 6. Cruentou FP à E.
7. Drenagem hérnia + avaliação dural
8. Osteossíntese com "DVR Gen" 9. Fechamento ferida 10. Colocação dreno + sutura + curativo.

26.07.15
12:20

Dr. Saul C. M. Oliveira
Neurocirurgião
CRM 6775
CPF: 024.604.194-

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

FOLHA DE ANESTESIA

ENFERMARIA | LEITO | Nº PRONTUÁRIO

NOME: Pedro Neto dos Santos | IDADE: 19 | SEXO: M | COR

DATA: 26/7/15 | PRESSÃO ARTERIAL | PULSO | RESPIRAÇÃO | TEMPERATURA | PESO | ALTURA

TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | URÉIA | OUTROS

UREIA

AR INSPIRATÓRIO: OK | ASMA | ENCEFALITE

AP. CARDIOVASCULAR: OK | ELETROCARDIOGRAMA

AP. DIGESTIVO: OK | DENTES | PESCOÇO | AP. URINÁRIO

ESTADO MENTAL: Inconsciente | VÍSCERAS | CONDIÇÕES | ALERGIA | HIPOTENSORES

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO: T.C.E (Extradural) | ESTADO FÍSICO | RCDO

ANESTESIAS ANTERIORES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA | APLICAÇÃO | AS | EFEITO

36:40

ACIDENTE ANOXIA RCDR

LÍQUIDOS: RL / SF / RL / SF; 500 / 500 / 500 / 500

CC — PA INTERVAL: O PULSO: O - HEMORRAGIA; X - ANESTESIA; O - OPERAÇÃO

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: 1. Fentanil 150mg; 2. Vimbin 8mg; 3. Rocuron 10mg; 4. Cimetil 50mg; 5. Dipirona 2g; 6. Tiopental; 7. Neostigmina; 8. Prometazina; 9. Vitfuro 5mg; 10. Clorofin 100mg

POSIÇÃO: DDH pela direita ao O.C. Entubado

AGENTES: colocado em VVC e VC

TÉCNICA | CÂNULAS

OPERAÇÃO: Drenagem de hematoma Extradural

CIRURGIÕES: Dr. Saul

ANESTESISTAS: Dr. Lourdo

OBSERVAÇÕES

ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS

PERDA SANGUÍNEA

HIDRICO: Satisf.: ____ Exat.: ____ Tocon.: ____ Largo capacho: ____ Lento: ____ Náuseas: ____ Vômitos: ____ Outros: ____

MANUTENÇÃO

ANESTESIA SATISF.: Sim ____ Não ____ Não, por que?: ____

DESPERTAR: Reflexos na SO: ____ Oxst.: ____ CO_2: ____ Exat: ____ Náuseas: ____ Vômitos: ____ Outros: ____

Comunicado: Para o Lote Sim ____ Não ____

CONDIÇÕES:

FOLHA DE ANESTESIA - SPPB

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Pedro Neto Sousa dos Santos — Idade: 19
Convênio: SUS — Data: 26/07/15
Procedimento: Tratamento cirúrgico de Exostose

Cirurgião: Dr. Saul — Auxiliar: — Anestesista: Dr. Leonardo

Início: 16:30 — Término: 18:00 — Anestesia: Geral

Hora	PA	Pulso	SAT 02	Responsável	A. Motora	Conciência
15:30	150x76	110	100%	Francisco	(–)	(–)
19:30	120x70	100	100%	Conceição	(VM)	Sedado)
20:00	108x58	87	100%	Simone	—	"
21:00	102/67	94	100%	FO	—	"
7:15	98/55	87	100%	Naumaliza	Ausente	"
8:15	95/55	87	100%	"	"	"
9:15	102/53	86	100%	"	"	"
10:15	97/55	87	100%	"	"	"
11:15	98/50	86	100%			
13:35						
18:00	120x100	106	100%	Rosalina	+	—
0:55	140x77	128	100%	Silvinha	+	"
3:10	140x71	164	94%	Silvinha	+	
[illegible]	120x71	66	93	[illegible]		

Medicamentos / Materiais	Qauntidade
Jejo HGT às 12:00 = 108 mg/dl	
Jejo Lasonetia 27/07	
Jejo HGT 22:00 144 mg/dl 27/07	
Jejo HGT às 06:00 121 mg/dl	
Jejo HGT 132 mg/dl	
Dipirona 10 mg IV	

Observações:
[illegible] de Sinais
14% [illegible] 500 ml [illegible]
03 CC 700 ml/diurese — desprezada

Assinatura Anestesista

Circulante

Relatório de Operações

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Pedro Neto Souza dos Santos Dn: 22/09/95

GOVERNO DA PARAÍBA

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Ot	LEITE	CONVÊNIO: SUS	IDADE: 19 E	REGISTRO: 1227030

CIRURGIA: Trat cir. Estrabismo	CIRURGIÃO: Dr Saul
ANESTESIA: Enal Valenciado	ANESTESIA: Dr Leonardo
INSTRUMENTADORA / DATA: 26/07/15	INÍCIO: 16:30 — FIM: 18:00

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS
	Adrenalina amp
	Atropina amp
	Diazepan amp
	Dimorie amp
	Dolantina amp
	Efedrina ml
	Fenergan amp
03	Fentanil ml
03	Lidocaina Vitarung
03	Ketamina Vanitol
	Marcaina % ml
	Morfina amp Vitaway
	Raniten amp Cimetidina
	Pirigrame amp
	Propofol ml
	Quelicin ml
	Raplen amp
	Tiopental ml
	Tracrium amp

Qtd.	MEDICAÇÕES
	Agua Destilada amp
03	Decadron amp
02	Dipirona amp
03	Fiocete amp Efetil
03	Ranitidina amp Ranisedan 03
	Gentamicina amp
	Glicose amp
	Gluconato de Cálcio amp
	Hiperaseto ml
	Hepatrom ml
	Kanitron amp
	Lasix amp
	Midazolam
	Plasil amp
	Profenina
	Reviscan amp
	Sustiplanin amp
02	Cefalotina 1g

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES
02	Agulha desc. 25 x 7
02	Agulha desc. 25 x 28 40 x 12
	Agulha desc. 13 x 4,5
	Agulha descart nº
01	Bisturi de Enfermagem nº
	Álcool 70 ml
02	Ataduras de Crepe
	Ataduras de Gazaço
	Azul metileno amp
	Benzina ml

Balão Oxigenoterapia	
Cateter Ous	
Cateter De Urina Sist. Fech	
Cornetos Grande nº	02
Cornetos Pequeno	
Coletores	
Dreno	
Dreno Kehr nº	
Dreno Penrose nº	
Dreno Pezzer nº	
Equipo de Macrogotas	
Equipo de Microgotas	
Equipo de Sangue	
Equipo de PVC	
Espaldrapo Largo cm	
Furacin ml	
Gaze Pacote c/ 10 unidades	02
H.G. ml	
Intracath Adulto	
Intracath Infantil	02
Lâmina de Bisturi nº 23	
Lâmina de Bisturi nº 11	
Lâmina de Bisturi nº 15	
Luvas 7,0	
Luvas 7,5	
Luvas 8,0	
Luvas 8,5	
Oxigênio cm	
Pomada	
PVP. Degermante ml	03
PVP. Tópico ml	
Sabão Antisséptico	
Saco coletor	
Seringa desc. 10 ml	02
Seringa desc. 20 ml	02
Seringa desc. 20 ml	02
Sonda	
Sonda Foley	
Sonda Nasogástrica	
Sonda Uretral nº	
Stendum ml	
Torneirinha	
Vaselina ml	
Gelox 18	

Qtd.	FIOS
	Catgut cromado Serfix
	Catgut cromado Serfix
	Catgut cromado Serfix
	Catgut Simples
	Catgut Simples Serfix
	Catgut Simples Serfix
	Catgut Simples Serfix
03	Cerafix desc
	Ethibond
	Ethibond
	Ethibond
03	Fio de Algodão Serfix 20
	Fio de Algodão Serfix
	Fio de Algodão Suturpak
	Fio de Algodão Suturpak
	Fita cirúrgica
	Mononylon
	Mononylon
02	Prolene Serfix 40
	Prolene Serfix
	Prolene Serfix
	Prolene Serfix
03	Vicryl Serfix 20
	Vicryl Serfix
	Vicryl Serfix

Qtd.	SOROS
	SG Normotérmico 500 ml
	SG Gelado 500 ml
	SG Hipotérmico 500 ml
	SG Ringer 500 ml
02	SG 500 ml Stil Lucia

Qtd.	ÓRTESE E PRÓTESE
03	Drenagem

EQUIPAMENTOS

- [x] Oximetro de Pulso
- [ ] Seria
- [ ] Desfibrilador
- [x] Foco Frontal
- [ ] Fonte de Luz
- [ ] Foco Auxiliar
- [x] Eletrocautério
- [x] Videocirurgia
- [x] Cardiomonitor
- [ ] Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÁREA AMARELA

BOLETIM DE ENFERMAGEM

NOME: Pedro Neto dos Santos DATA DE NASCIMENTO: 31 / 07 / 16 às 09 h
IDADE: 19 SEXO: M X F
LEITO: 2 - 2
MÉDICO: Bruno
DIAGNÓSTICO MÉDICO: TCE
ALERGIAS: SIM NÃO X QUAIS
MEDICAÇÃO CONTÍNUA: SIM NÃO X QUAIS
DOENÇA CRÔNICA: SIM NÃO X QUAIS
PRESENÇA DE ESCARA: SIM NÃO X LOCAL
PRESSÃO ARTERIAL: HIPOTENSO NORMOTENSO X HIPERTENSO
SISTEMA NEUROLÓGICO: CONSCIENTE X INCONSCIENTE ORIENTADO
SISTEMA RESPIRATÓRIO: DISPNÉICO TAQUIPNÉICO EUPNÉICO X BRADIPNÉICO SVD X
SIST. GENITOURINÁRIO: NORMAL POLIÚRIA OLIGÚRIA
DIURESE: DISÚRIA CISTOSTOMIA ANÚRIA
MOBILIDADE: DEAMBULA X DEAMBULA C/ APOIO ACAMADO SI DEFICIT MOTOR
TETRAPLEGIA HEMIPLEGIA PARESIA RESTRITO NO LEITO
SISTEMA GASTROINTESTINAL: VO X SNG SNE
DIETA
ESTADO NUTRICIONAL: NUTRIDO DESNUTRIDO OBESO CADAVÉRICO
DADOS VITAIS: PA FR FC PESO

DIAGNÓSTICO DA ENFERMAGEM

RISCO DE QUEDA		CD FR
RISCO DE ASPIRAÇÃO		CD FR
RISCO DE INFECÇÃO		CD FR
RISCO DE DESEQUILÍBRIO DA TEMPERATURA CORPORAL		CD FR
RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL		CD FR
RISCO DE RETENÇÃO URINÁRIA	RETENÇÃO URINÁRIA	CD FR
RISCO DE SANGRAMENTO		CD FR
NÁUSEA		CD FR
DOR AGUDA	DOR CRÔNICA	CD FR
PADRÃO RESPIRATÓRIO INEFICAZ		CD FR
MOBILIDADE NO LEITO PREJUDICADA		CD FR
DÉFICIT NO AUTOCUIDADO	ALIMENTAR-SE PARA BANHO	CD FR
INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA		CD FR
RISCO PARA INT. PELE PREJUDICADA		CD FR
RISCO DE SÍNDROME DO DESUSO		CD FR
		CD FR
		CD FR
		CD CARACTERÍSTICA DEFINIDORA
		FR FATOR RELACIONADO

ASSINATURA DO ENFERMEIRO RESPONSÁVEL

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	APRAZAMENTO	ASSINATURA
MONITORAÇÃO DE SINAIS VITAIS	08 20	
REALIZAR CONTROLE DE GLICEMIA CAPILAR		
ORIENTAR O PACIENTE A REALIZAR RESPIRAÇÃO PROFUNDA		
INSTALAR CATÉTER DE O2 A 4L/MIN OU CONFORME ORIENTAÇÃO MÉDICA		
AVALIAR SINAIS DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA (RUÍDOS ESTERTORES E ESTIMENTOS DA ASA DO NARIZ)		
ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS		
PROCURAR O PACIENTE EM DECÚBITO DE 45°		
MANTER A CABEÇA DO PACIENTE LATERALIZADA, QUANDO RECOMENDADO		
MONITORAR SINAIS E SINTOMAS DE INFECÇÃO (EDEMA, PEREMIA, CALOR, RUBOR, PEREMIA)	08 20	
ASSISTÊNCIA NO AUTOCUIDADO		
REALIZAR TODOS OS REGISTROS PERTINENTES NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE RELACIONADOS AOS DIAG. IDENTIFICADOS, AS CONDUTAS TOMADAS PELA E AS REPOSTAS DO PACIENTE	SAC	

Diagnóstico:

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

[redacted]

Pacient	PEDRO NETO DOS SANTOS	ALA/Leito	Neurobuco 2-1
	Prescrição Médica		**EVOLUÇÃO MÉDICA**
02.08.15	Dieta hiperbárica		
	SF0,9% 2000 mL ev/24h		
	Ciprofloxacino 200 mL + abd 10 mL, IV 6/6h		SEM INTERCORRÊNCIAS. BOA EVOLUÇÃO
	Clindamycin 40mg + amp + abd 10 mL IV 6/6h		
	Ceftriaxona 2g+SF0,9% 200mL IV 12/12h		
	PAP SAX		
	Ranitidina 50mg IM 12/12h		
	Enoxaparina 40mg IM 12/12h		

Dr. Amauri P. Filho
Neurocirurgião - Residência
CRM-PB 5273

Dr. Amauri P. Filho
Neurocirurgião - Residência
CRM-PB 5273

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Diagnóstico:

[redacted]

Paciente	PEDRO NETO DOS SANTOS	ALA/Leito	Neurobuco 2-2
	Prescrição Médica		**EVOLUÇÃO MÉDICA**
31.01.15	Dieta livre e hídrica		
	SF0,9% 2000 mL ev 24h		
	Dipirona 02 mL + ABD 10 mL ev 6/6h		SEM INTERCORRÊNCIAS BOA EVOLUÇÃO
	Ceftriaxona 1,0mg + amp + ABD 10 mL IV 24 dia		
	Ciprofloxacino 100mg+SF0,9% 200mL IV 12/12h		Dr. Henrique
	DAP 7AX		
	Ketoprofeno amp im 12/12h		Dr. Agnaldo
	Tenoxicam amp im 12/12h		
	Dr. Agnaldo - Neto Santos		

Dr. Arnaldo P. S. Filho Neurocirurgião CRM-PB 3273

Dr. Arnaldo P. S. Filho Neurocirurgião CRM-PB 3273

Ortopedia 01/1-08
Avaliado e liberado
consultório Neurologia
S/ queixas ortopédicas
Exame físico
normal

Alta da ortopedia

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

30.07.15

PA. 110X70

paciente evolui EGR, consciente
algo desorientado, acianótico,
eupnéico. Em Nmalise.
Aceita pouca dieta. Fo rsca.
medicado conforme prescrição
médica.

Realizado Banho no leito e
curativo
trocado acesso venoso

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Diagnóstico:

[redacted]

Pacient	PEDRO NETO DOS SANTOS	ALA/ Leito						Carregando...
	Prescrição Médica							**EVOLUÇÃO MÉDICA**
30.01.21	Dieta livre e liquida							
	SF0,9% 2000 mL ev 24h	18	18	18	18			
	Dipirona 02 ML + água 10 mL ev 6/6h	18	18	18	18			SEM INTERCORRÊNCIAS NA EVOLUÇÃO
	Omeprazol 40mg 1 frco + água 10 mL IV 12/12h	18						
	Ceftriaxona 100mg + SF0,9% 200ml, IV 12/12h	18	18					
	PA P.TAX							
	Haldol 1 amp em 12H	18	18					
	Fenergan 1 amp em 12H	18	18					

Dr. Amaral P.S. Filho
Neurocirurgião
CRM-PB 5273

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Assis
29/X/5	13:30						Paciente admitido muito abundante de CC para Trat. muito esquecido, fala um pouco agitado um pouco agitado	
	12h	38°C					Pert. agitado, medicado	
	22h	38°C			12x8		Pert. agitado, medicado	

GOVERNO DA PARAÍBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente: [illegible] | Alojamento: | Leito: 2 | Convênio: 2 [illegible]

Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
[illegible]	[illegible]				[illegible]
	[illegible]	18	24	6	[illegible]
	[illegible]	06			[illegible]
	[illegible]	18	24		[illegible]
	[illegible]				[illegible]
	[illegible]				[illegible]
	[illegible]				[illegible]
	[illegible]	22			[illegible]
	[illegible]	12			[illegible]

GOVERNO DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

fo HED

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Pedro Neto	Alojamento		Leito		Convênio	

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/1/15	Dieta Zero	et	
	SF 0,9% 1500ml EV 24h		
	SG 5% 1000ml EV 24h		
	Ceftriaxona 1g EV 6/6h		
	Dipirona 2g EV 6/6h SIVD		
	Ranitidina 50mg EV 8/8h SIVD		
	Fentanila 100mg EV 8/8h		
	Cabeceira elevada	et	
	SSVV	et	
	CCGG	et	
	Meloxicam 10mg EV 12/12h		
	Fenergan 1mg EV 12/12h		

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande Dom Luiz Gonzaga Fernandes

RESUMO DE ALTA

(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME: Pedro Vito dos Santos
DN.:
PRONT. Nº:
NATURALIDADE:
PROCEDÊNCIA:
ADMISSÃO: 26.01.15
ALTA: 02.08.15

1. Motivo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Tie Grave

2. Resultado dos principais exames

ex. mano. Hematoma Extradural

3. Evolução e complicações

Bom

4. Terapêutica realizada

Tr Cirúrgico.

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Tce g Hematoma Extradural

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

7. Condições de alta

☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☐ Melhorado ☐ Inalterado

☐ Transferido para: _____

Campina Grande, _____ de _____ de _____

Dr. Miguel [illegible] Neurocirurgião [illegible]

Responsável pelo resumo

02 . 08 15

GOVERNO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

Diagnóstico:

[redacted]

Paciente	PEDRO NETO DOS SANTOS	ALA/Leito	Neurocirurgia	
	Prescrição Médica			**EVOLUÇÃO MÉDICA**
01-02-21	Dieta livre e branda			
	SF 0,9% 2000 ml ev 24h			
	Dipirona 02 ml + ami 10 ml Ev 6/6h			SEM INTERCORRÊNCIAS DURANTE EVOLUÇÃO
	Omeprazol 40mg 1 amp + sfd 10 ml IV 12/12h			
	Ceftriaxona 100mg SF 0,9% 200ml IV 12/12h			
	PAP TAX			
	Haldol 5mg IM 12/12h SOS			
	Prefolin 1mg IM 12/12h			

Equipe de Neurocirurgia do Hospital de Emergência e Trauma Dom Luis Gonzaga Fernandes

1.8/15 9R. Pact no momento
Sy anormalidade
Fo Sica
TA. 12x8

26/03/15 HCR 15:10

Paciente com hematoma
TCE, por acidente vasto,
trepado em 1ST + VM,
sedado; PEO PD; ECG-46 //

CT = HEDA 4,0 cm 3cm
+ 1,0 cm
fratura Hem. Parietal (E) com EMC.

Cd: Indico a
chamada SO + R.S //

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Paciente: PEDRO NETO | Alojamento: | Leito: | Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/07	DIPIRONA 2g ev 4/4h TRAMADOL 50mg ev 12/12h ANTRAN ev 8/8h CEFAZOLINA 2g ev 8/8h CURATIVO DE SÃO MONITORIZAÇÃO SSW + EVP		8:20 PCA nota operatória paciente sedado a 2h de PCRA + fratura aberta exposta D (F) com lesão de pele ext. da perna

Antonio Rafael S. C. de Almeida
Médico
CRM-PB 6370

Dr. Saul C. M. Quirino
Neurocirurgião
CRM 6737

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 2 - CNES: 2 3 6 2 8 5 6

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO REALIZANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES — 5 — 4 - CNES: 2 3 6 2 8 5 6

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Pedro Neto Sousa dos Santos — 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 258703

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): — 8 - DATA DE NASCIMENTO: 22/09/1995 — 9 - SEXO: M ☒ F ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: — 11 - TELEFONE DE CONTATO: (83) 6111 5971 61

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Sítio Ucrioa / Zona Rural

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Santa Terezinha — 14 - COD. IBGE DO MUNICÍPIO: — 15 - UF: PB — 16 - CEP: 58820000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - DESCRIÇÃO DOS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

19 - RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS):

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: — 21 - CID 10 PRINCIPAL: — 22 - CID 10 SECUNDÁRIO: — 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: — 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: — 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: — 28 - CONTRATO: NOME / CNPJ — 29 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF/CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: — 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 26/07/2021 — 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO FISICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: — 37 - Nº DO BOLETIM: — 38 - SERIE:

39 - CNPJ EMPRESA: — 40 - CNAE DA EMPRESA: — 41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: — 44 - CÓDIGO CBO: — 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

46 - DOCUMENTO: NOME / CNPJ — 47 - Nº DO DOCUMENTO (CNES/CPF/CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / / — 49 - ASSINATURA E CARIMBO DO DIRETOR DO CONSELHO:

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Setor:	PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS	Protocolo:	0000224175	RG:	NÃO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	29-07-2015 17:15	Origem:	CLINICA NEURO/AUCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	19 anos	Destino:	LAVOC - L02

HEMOGRAMA
(DATA DA COLETA: 29/07/2015 17:20)

	Resultados	Valores de Referência
SÉRIE VERMELHA		
Eritrócitos	3.08 milhões/mm³	[illegible]
Hemoglobina	9.9 g/dL	[illegible]
Hematócrito	30 %	[illegible]
V.C.M.	97 fL	[illegible]
H.C.M.	32 pg	[illegible]
C.H.C.M.	33 g/dL	[illegible]
SÉRIE BRANCA		
Leucócitos	10.900 /mm³	[illegible]

	(%)	(/mm³)	
Segmentados			
Promielócitos	0	0	
Mielócitos	0	0	
Metamielócitos	0	0	
Bastonetes	3,0	327	
Segmentados	88,0	9.592	[illegible]
Eosinófilos	0	0	[illegible]
Basófilos	0	0	[illegible]
Linfócitos			
Típicos	8,0	872	[illegible]
Atípicos	0	0	
Monócitos	1,0	109	[illegible]
CONTAGEM DE PLAQUETAS	186.000 mm³		[illegible]

OBSERVAÇÕES: Contagens repetidas e confirmadas.

Marcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4604

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Senh:	PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS	Protocolo:	0000224225	RG:	NÃO INFORMADO
Prontu:	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	29-07-2015 17:53	Origem:	CLINICA NEURO-BUCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	19 anos	Destino:	ENFERM - L92

TEMPO DE SANGRAMENTO..... 1'30''

TEMPO DE COAGULACAO..... 7'00'' min

Marcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4000

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

Sr(a):	PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS	Protocolo:	0000224275	Sol:	[illegible]
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	29-07-2015 [illegible]	Origem:	CLINICA SO [illegible]
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZA G. FERNANDES	Idade:	19 anos	Leito:	[illegible]

ASPARTATE AMINOTRANSFERASE (AST/TGO)

Resultado [illegible] . 239 U/I

ALANINE AMINOTRANSFERASE (ALT/TGP)

Resultado [illegible] . 68 U/I

Marcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4684

GOVERNO DA PARAÍBA

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

SUS Sistema Único de Saúde

Srta:	PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS	Protocolo:	0000224375	RG:	NAO INFORMADO
Dr(a):	SEM IDENTIFICACAO MEDICA	Data:	29/07/2015 17:13	Origem:	CLINICA NEURO-BUCO
Convênio:	HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES	Idade:	19 anos	Destino:	[illegible]

GLICOSE (JEJUM) ..... **63 mg/dl**

UREIA

Resultado ..... **18 mg/dl**

CREATININA

Resultado ..... **0.7 mg/dl**

Márcia Fernanda
Biomédica
CRBM 4604

Laboratório Newlab

SELO DE QUALIDADE

PNCQ Programa Nacional de Controle de Qualidade

Dr. Alexandre Firmino
Médico Neurologista Efetivo da Academia Brasileira de Neurologia
CRM - 5724

PEDRO NETO SOUZA DOS SANTOS

DPVAT

ATESTADO MÉDICO:

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O NOMEADO ENCONTRA-SE SOB MINHAS TRATAMENTOS SOLICITADOS MÉDICOS, SEQUELAS DE TCE GRAVE, APRESENTANDO DOENÇAS, DESEQUILÍBRIO, TONTURA, ENCEFALOPATIA DE AMNÉSIA, CALCIFICAÇÕES

CID: S06
S06.9

13/07/17

Dr. Alexandre Firmino
NEUROLOGIA CLÍNICA
CRM 5724

CONSULTÓRIO: AV. RIO BRANCO, 129 - CENTRO - TELS.: (83) 3422.2272 / 9 8635.0313 / 9 9838 7422 - PATOS-PB.

SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 07 AGO 2017
Nome:

NOME: PEDRO NETO SOUZA DOS SANTOS.
DATA: 11/08/2016.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

PROCEDIMENTO:

Foram realizados cortes tomográficos do crânio em equipamento helicoidal com reformatação no plano axial sem a injeção de contraste endovenoso.

ACHADOS:

1. Craniectomia parietal à esquerda.
2. Área de malácia/gliose no aspecto parietal alto a esquerda.
3. Sistema ventricular anatômico.
4. Linha media centrada.
5. Ângulos ponto-cerebelares de aspecto habitual.

LEONARDO FRANCO FELIPE
CRM 5263
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEBI 07 AGO 2017
Nome:

AV. BOSSUET WANDERLEY, 300 - CENTRO - PATOS-PB.
Telefax: (83) 3421.3202 - E-mail: ecoclinica.de.patos@hotmail.com

Documentacao medico- hospitalar

GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"

Pedro Neto Silva
01 anos:

Laudo Médico:

Atesto para devidos fins que o menor encontra-se sob minha responsabilidade medica, sequelado de TCE grave.

CID: F06

Dr. Alexandre Firmino
Neurologista
CRM 5724

07/11/17

Rua Horácio Nóbrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
115.815.754-16

Nome
PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Nascimento
22/09/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
BB02.8D88.DA9F.C96F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:50:41 do dia 29/02/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

Se deseja continuar tendo acesso a todos esses serviços
atendimento, [redacted] Cidade

COMPREV/ SECUCOM/ PB
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.094.729
DATA DE EXPEDIÇÃO 13/09/2012
NOME PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS
FILIAÇÃO PAULO ROBERTO OLIVEIRA DOS SANTOS
ANTONIA SOUSA DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO 22/09/1995
NATURALIDADE SANTA TERESINHA-PB
DOC ORIGEM NASC.N.07118 FLS.411 LIV A-09 CARTORIO SANTA TEREZINHA-PB
CPF
João Pessoa - PB
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

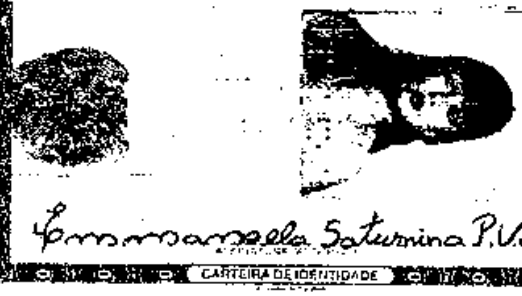
CARTEIRA DE IDENTIDADE
ASSINATURA DO PORTADOR
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
P-239

DOCUMENTO "16%"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO TAVARES BURN.

02R44



Emmanoela Saturnina P. V. de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
029.848.084-01

Nome
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS
DE SOUZA ARAUJO

Nascimento
28/10/1975

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO	INSCRIÇÃO	ZONA	SEÇÃO
28/10/1975	0481 3125 0833	050	0030

MUNICÍPIO / UF	DATA DE EMISSÃO
TABIRA/PE	15/05/2013

JUIZ ELEITORAL

MINISTÉRIO DO TRABALHO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

106946 00005

Emmanoela S. P. V. de Souza
ASSINATURA DO PORTADOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E DE
INTERDIÇÕES E TUTELAS
FORUM JOSÉ WERSESTOU MONTEIRO
MUNICÍPIO E COMARCA DE TABIRA
ESTADO DE PERNAMBUCO
GENILDA SOARES DE SOUZA LINHARES MACHADO - TITULAR
NATILANA SOARES DO NASCIMENTO - SUBSTITUTA

CERTIDÃO DE CASAMENTO

CERTIFICO que, sob o nº 1.774, do Livro B-3, do Registro de Casamento Civil, verifiquei constar que no dia 17 de dezembro de 2002, foi realizado o Casamento de DEIVAN QUEIROZ DE ARAÚJO e EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA. Ele, filho de JOÃO BATISTA DE ARAÚJO, residente e domiciliado em Tabira - PE, nascido em 10 de setembro de 1970, natural de Tabira - PE, solteiro, lavrador, nacionalidade brasileira, residindo nesta cidade, filho de PONTRALIA MARIA DE QUEIROZ, residente nesta cidade. Ela, divorciada, natural de Tabira - PE, nascida em 28 de outubro de 1975, auxiliar de escritório, residindo nesta cidade, filha de ANTÔNIO XAVIER DE SOUZA e de MARIA ÂNGELA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA, residentes nesta cidade. Foram apresentados os documentos e que se refere o Art. 1.525, c/c I, II e IV, do Código Civil Brasileiro.

A requerente opte a Companheira passou a assinar: EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAÚJO.

OBSERVAÇÕES: Conferido deste ato o Registro de Casamento Perante de Nome
O REFERIDO É VERDADE E DIGNO
VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO

TABIRA (PE), 17 DE DEZEMBRO DE 2002.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

CTPS DO TRABALHADOR

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA

010459 00004 PE 104-1433-8

RORPA 143

17/03/1977

COMPREV

DOCUMENTO 3 "13%"

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA
2017

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 04.01.1994

4.757.2.305

EMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA

Antônio Xavier de Souza

Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza

Tabira-PE

DATA DE NASCIMENTO 20.10.1975

Cert Nas 1316 L 66 F 57 Cart de Tabira-PE

LEI Nº 7116 DE 29/08/83

CÓDIGO DE CONTROLE

06EA5464DC0C1B5A2

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:13:12 do dia 30/05/2017 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO ELEITORAL

ZONA 0 SEÇÃO 0

ASSINATURA DO PRESIDENTE DA MESA RECEPTORA

ASSINATURA DO INFORMANTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

LACRE 0040679402

Nº 012896388208

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
PRT -- 20160400029197-7
1 0126502271-0 00/00000000 2016

PAULO ANTONIO SOUSA DOS SANTOS

08650847420 QFF9477/PB

NOVO PB 9C2JC4110ER408191

FAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2014 26

2 P/124 /CE PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 23/11/2016 1ª 2ª 3ª

******* 0

******** SEGURO P A G O 23/11/2016

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

SANTA TERESINHA-PB. 24/11/2016

36838 41033

CONTRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012896388208 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 2016 DATA EMISSÃO 24/11/2016

1 08650847420 QFF9477/PB

01265022710 HONDA/CG 125 FAN KS

2014 9 9C2JC4110ER408191

PRÊMIO TARIFÁRIO

****** ****** ******

****** SEGURO P A G O

S PARCELA ÚNICA 23/11/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

41033-1408331-20161124

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO TEM

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170439899 **Cidade:** Santa Teresinha **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/07/2015 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TCE com hematoma subdural submetido a tratamento cirúrgico

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

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

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170439899 **Cidade:** Santa Teresinha **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/07/2015 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL. .

Descrição do exame médico pericial: APRESENTAVA AMNÉSIA RETROGRADA, CEFALEIA CRÔNICA, LETARGIA MODERADA, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, NÃO APRESENTA COBERTURA ÓSSEA EM TODA FACE LATERAL DO CRANIO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: ATENDIDO NO DIA 25/07/2015 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO, O MESMO FOI RESGATADO PELO SAMU E SUBMETIDO A INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E ENCAMINHADO COM URGÊNCIA PARA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AFUNDAMENTO DE CRANIO COM PERDA DE MASSA CEFÁLICA. PERMANECEU POR 5 DIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E PERMANECEU POR MAIS 8 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 24/11/2017

Conduta mantida: Não

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERICIA REALIZADA EM 26/08/2017. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UM DÉFICIT LEVE EM RELAÇÃO AS SEQUELAS NEUROLÓGICAS. DE ACORDO COM NOVO EXAME FÍSICO DESCRITO, VÍTIMA COM AGRAVAMENTOS, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MODERADO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170439899 **Cidade:** Santa Teresinha **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/07/2015 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEMATOMA EXTRADURAL.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME BEG,CORADO,EUPNEICO,CONSCIENTE E ORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO. ANSIOSO. SEM LAPSO DE MEMÓRIA.MARCHA LIVRE E NORMAL. SEM DÉFICIT COGNITIVO E/OU MOTOR. PRESENÇA DE ASSIMETRIA FACIAL. AFUNDAMENTO EM REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA. ROMBERG NEGATIVO. MMSS E MMII SEM LIMITE DE AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS. CEFALEIA RECORRENTE, SÍNDROME VERTIGINOSA.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO- CRANIECTOMIA PARIETAL À ESQUERDA/ DRENAGEM DO HEMATOMA. FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS.ALTA MÉDICA.NO MOMENTO AFIRMA CEFALÉIA RECORRENTE,TONTURAS, LAPSO DE MEMÓRIA, QUADRO DE ANSIEDADE.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

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 neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170439899 **Cidade:** Santa Teresinha **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/07/2015 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEMATOMA EXTRADURAL.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME BEG,CORADO,EUPNEICO,CONSCIENTE E ORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO. ANSIOSO. SEM LAPSO DE MEMÓRIA.MARCHA LIVRE E NORMAL. SEM DÉFICIT COGNITIVO E/OU MOTOR. PRESENÇA DE ASSIMETRIA FACIAL. AFUNDAMENTO EM REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA. ROMBERG NEGATIVO. MMSS E MMII SEM LIMITE DE AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS. CEFALEIA RECORRENTE, SÍNDROME VERTIGINOSA.

Resultados terapêuticos: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO- CRANIECTOMIA PARIETAL À ESQUERDA/ DRENAGEM DO HEMATOMA. FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS.ALTA MÉDICA.NO MOMENTO AFIRMA CEFALÉIA RECORRENTE,TONTURAS, LAPSO DE MEMÓRIA, QUADRO DE ANSIEDADE.

Sequelas permanentes: Dano neurológico

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/08/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rosana Bezerra Duarte de Paiva

CRM do médico: 4183

UF do CRM do médico: PB

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 neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): ***PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS*** **Sinistro:** ***3170439899*** **Data:** ***25/07/2015***

Endereço do(a) Examinado(a): ***SITIO URTIGA DE BAIXO, S/N - AREA RURAL - Santa Teresinha - PB - CEP 58720-000***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSDS /PB***] ***4094729***

Data local do exame: [***24/11/2017***] ***Patos*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL. . APRESENTAVA AMNÉSIA RETROGRADA, CEFALEIA CRÔNICA, LETARGIA MODERADA, ALTERAÇÕES COGNITIVAS MODERADAS, NÃO APRESENTA COBERTURA ÓSSEA EM TODA FACE LATERAL DO CRANIO À ESQUERDA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

PACIENTE ATENDIDO NO DIA 25/07/2015 COM DIAGNÓSTICO DE TRAUMA CRANIO-ENCEFÁLICO, O MESMO FOI RESGATADO PELO SAMU E SUBMETIDO A INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E ENCAMINHADO COM URGÊNCIA PARA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA AFUNDAMENTO DE CRANIO COM PERDA DE MASSA CEFÁLICA. PERMANECEU POR 5 DIAS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA E PERMANECEU POR MAIS 8 DIAS EM AMBIENTE HOSPITALAR. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [***X***] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Dano neurológico

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31o da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Sistema Nervoso Central

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
(***X***) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

VÍTIMA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE EM PERICIA REALIZADA EM 26/08/2017. A INDENIZAÇÃO PAGA FOI REFERENTE A UM DÉFICIT LEVE EM RELAÇÃO AS SEQUELAS NEUROLÓGICAS. DE ACORDO COM NOVO EXAME FÍSICO DESCRITO, VÍTIMA COM AGRAVAMENTOS, REALIZAR O COMPLEMENTO ADEQUANDO A INDENIZAÇÃO PARA DANO MODERADO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TEOT 14830

Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

DOCUMENTO 4 "T49b"

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Pedro Neto Sousa dos Santos

Nacionalidade: Brasileiro **Est. Civil:** Solteiro

Profissão: Agricultor

Identidade: 4.094.729 **CPF:** 115.815.754-16

Endereço: Sítio Várzea de Baixo - Zona Rural - Km Santa Luzia - PB

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo

Nacionalidade: Brasileira **Est. Civil:** Casada **Profissão:** Empresária, **Identidade:** 4.672.305 **CPF:** 029.848.084-01 **Endereço:** Rua Titico Gomes, 405 – **Bairro:** Bela Vista – **CEP:** 58704-460 – **Patos-PB.**

COMPREV SEGUROS PREVIDÊNCIA SIA. CNPJ: 00.000.000/0001-00 PROTOCOLO DE ENTRADA

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiros, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Pedro Neto Sousa dos Santos

Patos-PB 28 de julho de 2017

Local e data

ALDO XAVIER

Pedro Neto Sousa dos Santos

Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

ALDO XAVIER – 1º OFÍCIO DE PROTESTOS – 3º OFÍCIO DE NOTAS REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS – REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS

Ignácio Xavier Cézar – Tabelião

Aldeny Maria Xavier Dantas – Substituta

Reconheco, como autentica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS
Em test.da verdade. Patos-PB 28/07/2017 09:29:23
Dialma de Souza Santos - Tabelião Substituto
[2017-008279]EMOL:R$ 9,23 FARPEN:R$ 0,27 FEPDJ:R$ 1,85 ISSQN:R$ 0,46
SELO DIGITAL: AFH05413-FL47

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL – ALDO XAVIER – 3º OFÍCIO DE NOTAS – Fone: (83) 3421-3438 – Fax: (83) 3421-8630

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): ***PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS*** **Sinistro:** ***3170439899*** **Data:** ***25/07/2015***

Endereço do(a) Examinado(a): ***SITIO URTIGA DE BAIXO, S/N - AREA RURAL - Santa Teresinha - PB - CEP 58720-000***

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [***SSDS /PB***] ***4094729***

Data local do exame: [***26/08/2017***] ***Pombal*** [***PB***]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
TCE COM HEMATOMA EXTRADURAL. . AO EXAME BEG,CORADO,EUPNEICO,CONSCIENTE E ORIENTADO NO TEMPO E NO ESPAÇO. ANSIOSO. SEM LAPSO DE MEMÓRIA.MARCHA LIVRE E NORMAL. SEM DÉFICIT COGNITIVO E/OU MOTOR. PRESENÇA DE ASSIMETRIA FACIAL. AFUNDAMENTO EM REGIÃO TEMPORAL ESQUERDA. ROMBERG NEGATIVO. MMSS E MMII SEM LIMITE DE AMPLITUDE DOS MOVIMENTOS. CEFALEIA RECORRENTE, SÍNDROME VERTIGINOSA.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [***X***] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO- CRANIECTOMIA PARIETAL À ESQUERDA/ DRENAGEM DO HEMATOMA. FEZ USO DE ANTIBIÓTICOS E ANTIINFLAMATÓRIOS.ALTA MÉDICA.NO MOMENTO AFIRMA CEFALÉIA RECORRENTE,TONTURAS, LAPSO DE MEMÓRIA, QUADRO DE ANSIEDADE.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [***X***] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Dano neurológico

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opçõe no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31o da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

( ) "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" *(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)*

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
Sistema Nervoso Central

% do dano: ( ) 10% residual (***X***) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
_____

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Rosana Bezerra Duarte de Paiva - CRM: 4183 - PB

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2017

Carta n°: 11486621

A/C: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170439899 ASL-0305228/17**
Vitima:	**PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**
Data Acidente:	**25/07/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO**

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R$ 13.500,00.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00209/00210 - carta_01

00030105

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2017

Carta n°: 11516346

A/C: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Sinistro:	**3170439899 ASL-0305228/17**
Vítima:	**PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**
Data Acidente:	**25/07/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00917/00918 - carta_02

00050459

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta n°: 11601509

A/C: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Sinistro:	**3170439899 ASL-0305228/17**
Vitima:	**PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**
Data Acidente:	**25/07/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**
Valor: **R$ 3.375,00**
Banco: **104**
Agência: **000000043**
Conta: **00000164036-0**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**3.375,00**
Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com comprometimento de função vital ou autonômica 100%		
Graduação: Em grau leve 25%		
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%		
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R$	**3.375,00**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2017

Carta n°: 11964156

A/C: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Sinistro:	**3170439899 ASL-0305228/17**
Vítima:	**PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**
Data Acidente:	**25/07/2015**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01339/01340 - carta_02

00060670

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2017

Carta n°: 12068071

A/C: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Nº Sinistro:	**3170439899**
Vitima:	**PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**
Data do Acidente:	**25/07/2015**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**EMMANOELA SATURMINA PEREIRA VASCONCELOS DE S ARAUJO**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**
Valor: **R$ 3.375,00**
Banco: **104**
Agência: **000000043**
Conta: **00000164036-0**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**3.375,00**
Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%		
Graduação: Em grau leve 25%		
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%		
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R$	**3.375,00**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Pedro Neto Sousa dos Santos

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.094.729 EXPEDIDO POR SSDS - PB EM 13 / 09 /2012 E CPF 115815754-16 /CNPJ ___. PROFISSÃO Agricultor E RENDA MENSAL DE R$ Recusa (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Pedro Neto Sousa dos Santos. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenizaç informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

DOCUMENTO 1 *T1%*

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou conta do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PROTOCOLO AGÊNCIA PESSOA

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com digito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0043 Nº da CONTA (com digito, se existir) 00164036-0

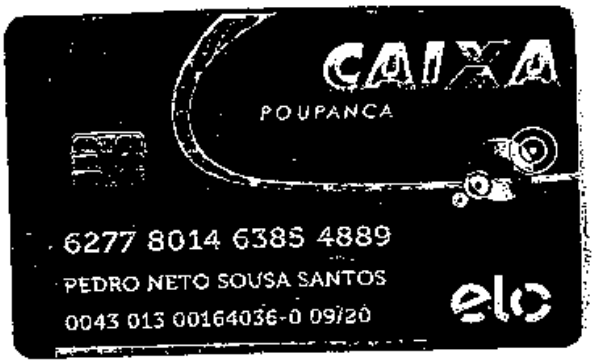
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Terezinha PB 31 de Julho de 2017 — Pedro Neto Sousa dos Santos

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional de Polícia
15ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Plantão Centralizado de Patos/PB

POLÍCIA CIVIL
PARAÍBA

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

Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel.: (83) 3423-2553

CERTIDÃO - ADITAMENTO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 3310/2017**, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos **VINTE E OITO (28)** dias do mês de **JULHO** do ano **DOIS MIL E DEZESSETE (2017)**, nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **Bel.(ª) DANIELA ROSA QUIRINO DE SÁ PIRES**, Delegada (o) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu: **PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**, brasileira(o), RG: 4094729 SSDS/PB, CPF 115.815.754-16, data de nasc. 22/09/1995, natural de Santa Teresinha/PB, Filho(a) de Paulo Roberto Oliveira dos Santos e de Antonia Sousa dos Santos, Residente no Sitio Urtiga de Baixo, zona rural de Santa Teresinha/PB, Tel: (83)9.8102.2485, a fim de notificar o seguinte:

Que, na data 25/07/2015, por volta das 23h:30min, conduzia a motocicleta de marca/modelo HONDA/CG 125 FAN KS, placa QFF-9477/PB, Renavam 0126502271-0, chassi 9C2JC4110ER408191, Licenciada em nome de Paulo Antonio Sousa dos Santos, quando próximo ao Sitio Urtiga , zona rural de Santa Teresinha/PB, em uma curva, perdeu o controle da moto e caiu; Que foi socorrido e elevado para o **Hospital Regional Dep. Janduhy Carneiro, nesta cidade de Patos/PB, pela equipe do SAMU, chegando as 00:44:48 horas, do dia 26/07/2015, tendo que ser removido no mesmo dia para o Hospital de Traumas, localizado na cidade de Campina Grande/PB, onde foi submetido a uma cirurgia na cabeça.**

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante: Pedro Neto Sousa dos Santos

Patos/PB, 28 de Julho de 2017.

(Assinatura do Policial responsável pelo registro)
ANA Mª DA C. LEANDRO
Mat. 138.428-7

DOCUMENTO 1 "T1%"

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
3ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
15ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - 54ª DDPC
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MÃE D'ÁGUA-PB

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de requerimento verbal da pessoa interessada, que revendo o Livro de Ocorrências nº. 001/2016 constatei a Ocorrência Policial nº **003/2016** cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos 12 dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e dezesseis nesta cidade de Teixeira-PB, Sede da Comarca, na Delegacia de Polícia, sob a responsabilidade do Bel. **CLENALDO QUEIROZ DE MEDEIROS**, Delegado de Polícia Signatário, comigo escrivão de polícia civil, ao final assinado a ai por volta das 10h40min compareceu **PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**,brasileiro,solteiro, nascido aos 22/09/1995, natural de Santa Terezinha-PB, filho de Paulo Roberto Oliveira dos Santos e de Antonia Sousa dos Santos, residente no Sítio Urtiga – zona rural – Santa Terezinha/PB, ***para registrar a seguinte ocorrência*: QUE o noticiante afirma que na data de 25/07/2015, conduzia a motocicleta Honda CG 125 Fan KS, ano de fabricação e modelo 2014, cor preta, placa QFF9477/PB, chassi 9C2JC4110ER408191, licenciada em nome de Paulo Antonio Sousa dos Santos, em uma estrada de terra, quando já próximo a sua residência perdeu o controle da motocicleta e caiu, tendo perdido os sentidos e só os recobrado dias depois, quando percebeu que estava internado no Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande/PB. E nada mais foi registrado.** ***TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL****, referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. – Falsidade Ideológica – Pena: Reclusão de 1 a 5 (cinco) anos).*

Mãe D'Água-PB, 12 de fevereiro de 2016.

NOTICIANTE: Pedro Neto Sousa dos Santos

Janduilma Guedes de F. Rodrigues
Escrivã Ad-hoc
Mat. 139.419-3

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
FEV 2017

Clenaldo Queiroz de Medeiros
Delegado de Polícia
Mat. 125.529-4

ALDO XAVIER
- 1º OFÍCIO DE PROTESTOS
- 1º OFÍCIO DE NOTAS, REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS
- REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS JURÍDICAS
Janaide Xavier Gomes – Titular
Arlene Maria Xavier Dantas – Substituta

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 31/07/2017 11:13:02
Arlene M. Xavier Dantas - Tabelia Substituta
[2017-016241] EMOL:R$ 2,31 FAMPEN:R$ 0,27 FEPJ:R$ 0,46 ISS:R$ 0,07
SELO DIGITAL: AFD12076-AFF1
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - ALDO XAVIER
1º OFÍCIO DE NOTAS
Fono: (83) 3421-3438
FAX: (83) 3421-8630

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Pedro Neto Sousa dos Santos, portador da carteira de identidade nº 4.094.729 e inscrito no CPF/MF sob o nº 115.815.754-16, residente e domiciliado na Sítio Urtiga de Baixo S/N - Área Rural, Cidade Santa Terezinha, Estado Paraíba, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

DOCUMENTO 3 '73%'

Pedro Neto Sousa dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
07 AGO. 2017
PROTOCOLO
AGÊNCIA JOÃO PESSOA

Santa Terezinha-PB; 31/Julho/2017

Local e data

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA TEREZINHA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192

SAMU 192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR:

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA	OCORRÊNCIA Nº	PACIENTE / USUÁRIO	IDADE	SEXO
25.01.2015	109	Pedro Neto S. dos Santos	19	☒ MASC. ☐ FEM.

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Sítio Lutiga — BAIRRO: — MÉDICO REGULADOR: Dr Guilherme

APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE/BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ OUTRO:

OTA: ☐ SOCORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEIMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☒ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☒ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAMENTOS ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: HRP — RESPONSÁVEL: [illegible] — FUNÇÃO: Coordenador

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☒ TRANSFERÊNCIA SIMPLES

☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

Na Queda de moto.

DOCUMENTO 2 "T2%"

DADOS VITAIS

VVAA: ☒ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☒ <30irpm / PULSO RADIAL: ☒ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☒ <90mm Hg

PA: 120 x 80 FC: FR: 21 TEMP: _____ °C GLICEMIA: 119 mg/dl E. Com a: _____ SpO2/O2: 100 / ambiente

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 07 AGO. 2017

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☒ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrintestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Periférica Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros _____

INTERVENÇÕES

SSUV + transporte ao HRP.

Limpeza de escoriações.

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente sexo masculino, 19 anos, acompanhado, vítima de queda de moto, apresenta dor na mão direita, sob RM realizar transporte ao HRP. Internado na Unidade Hospitalar,

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

02 ST
03 gaze

E.C.G.:
☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO
☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRÍASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO
☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

_____

PROCEDIMENTOS
☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ SONDA GÁSTRICA ☐ SONDA VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TAI ASPIRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

_____

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

_____

ENCAMINHAMENTO
☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE
☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA
NOME: _____ R.G.: _____
ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE
MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT.: _____
ENFERMEIRO(A): Samara COREN: 239 MAT.: _____
Samara Wanderley Alves Xavier Enfermeira COREN-PB 239.923
AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT.: _____
CONDUTOR: Claudinor MAT.: _____

DOCUMENTO 2 "T2%"

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Pedro Neto Sousa dos Santos,
RG nº 4094729, data de expedição 13/09/2012, Órgão SSDS-PB,
CPF nº 115.815.754-16, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Sitio Urtiga de Baixo
Número	S/N
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Área Rural
Cidade	Santa Terezinha
Estado	Paraiba
CEP	58720000
Telefone de Contato	(83) 3421-8003 (83) 99655-9484 (83) 99989-9976
E-mail	emmanoela@hotmail.com.br

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 07 AGO. 2017 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Terezinha-PB; 31 / Julho/2017

Assinatura do Declarante: Pedro Neto Sousa dos Santos

ANTONIA SOUSA DOS SANTO
SITURTIGA DE BACO, S/N - AREA RURAL
SANTA TERESINHA / PB CEP: 58720000 (AG: 118)

energisa

ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dom Pedro II, 1230, Km 25 - Distrito Radiador - João Pessoa / PB - CEP 58037-000
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16105.000-0

Classe/Subcla: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 15 - 170 - 593 - 1780
Nº medidor: 00C0088770
Referência: Mai / 2017
Emissão: 24/05/2017

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001.145.962
Código para Débito Automático: 000000837 1007

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a: **UC (Unidade Consumidora): 5/837.100-7**

Mai / 2017

Canal de contato

Apresentação

24/05/2017

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2016 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.

Data prevista da próxima leitura

26/06/2017

CPF/ CNPJ/ RANI
138002429
Insc. Est.

Faturas em atraso

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
25/04/17	8503	24/05/17	8575	1	72	29

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo em kWh	72	0,42816	30,82
Adic. B. Vermelha			2,16
ICMS			11,95
PIS			0,51
COFINS			2,38
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			9,57
JUROS DE MORA 04/2017			0,38
MULTA 04/2017			1,17

Histórico de Consumo (kWh)

Abr/17	90
Mar/17	82
Fev/17	80
Jan/17	111
Dez/16	88
Nov/16	78
Out/16	94
Set/16	83
Ago/16	75
Jul/16	78
Jun/16	77
Mai/16	74

Média dos últimos meses 85

	BASE DE CALCULO	ALIQUOTA	VALOR R$
ICMS	47,80	25,00	11,95
PIS	47,80	1,0737	0,51
COFINS	47,80	4,9443	2,36

VENCIMENTO 31/05/2017 — **TOTAL A PAGAR** R$ 58,58

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO 2017
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

555c.df4c.6f98.fb52.6820.12e5.38bc.b891.

Indicadores de Qualidade 3/2017 - Jun/01

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	11,16	0,00
DIC TRIMESTRAL	22,32	
DIC ANUAL	44,65	
FIC MENSAL	7,67	0,00
FIC TRIMESTRAL	15,34	
FIC ANUAL	30,68	
DMIC	8,08	0,00
DICRI	16,80	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220
CONTRATADA	
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Composição do Valor da Fatura

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	11,87	20,26
Compra de Energia	18,02	31,35
Serviços de Transmissão	0,91	1,58
Encargos Setoriais	4,29	7,47
Impostos Diretos e Encargos	25,60	43,70
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	58,69	100,00

Valores EUSD (Abr 3/2017) R$ 19,01

ATENÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
07 AGO. 2017
PROTOCOLO
A.G. JOÃO PESSOA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
R. PRESIDENTE EPITACIO PESSOA, 267
58700-020 -PATOS -PB

EMMANOELA S P V SOU

R TITICO GOMES 405
58700-970 -PATOS -PB

JK150819127BR 264

DOCUMENTO 1 - 11%

CAIXA

DOCUMENTO 2 *T2%*

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF[2].

[1] Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo 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.

PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA 07 AGO 2017 SOMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Pelo exposto, eu EMMANOELA SATURMINA PEREIRA V.DE S. ARAUJO, portador(a) do RG nº 4672305, expedido por SSP-PE em 04 / 01 / 1994, CPF/CNPJ nº 029.848.084-01, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Pedro Neto Sousa dos Santos do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Pedro Neto Sousa dos Santos, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12,declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSO Renda Mensal: R$ RECUSO

Documentos comprobatórios: RG.CPF, TITULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO, CARTÃO DO SUS.

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas

Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

(Via da parte)

Número do boleto: 025.9.20.03843/01

Data de emissão: 13/10/2020

Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:
0806154-06.2018.815.0251	Patos	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Data de vencimento: 31/10/2020

Número da 025.2020.603843 **Tipo da** Custas de Recursos

Detalhamento

- Custas Processuais: R$ 311,22
- Taxa bancária: R$ 1,35

Promovente PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO

Valor da causa: R$ 10.125,00

Observações:

- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.

UFR vigente: R$ 51,87

Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6

Parcela: 1/1

Valor total: R$ 312,57

Desconto total: R$ 0,00

Valor final: R$ 312,57

866400000034 125709283183 520201031025 592003843014

Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas

Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

(Via do processo)

Número do boleto: 025.9.20.03843/01

Data de emissão: 13/10/2020

Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:
0806154-06.2018.815.0251	Patos	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Data de vencimento: 31/10/2020

Número da 025.2020.603843 **Tipo de** Custas de Recursos

Promovente PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS **Promovido:** SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Valor da causa: R$ 10.125,00

Detalhamento

- Custas Processuais: R$ 311,22
- Taxa bancária: R$ 1,35

UFR vigente: R$ 51,87

Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6

Parcela: 1/1

Valor total: R$ 312,57

Desconto total: R$ 0,00

Valor final: R$ 312,57

Poder Judiciário do Estado da Paraíba

Guia de Recolhimento de Custas e Taxas

Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98

(Via do banco)

Número do boleto: 025.9.20.03843/01

Data de emissão: 13/10/2020

Nº do Processo:	Comarca:	Classe Processual:
0806154-06.2018.815.0251	Patos	PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7

Data de vencimento: 31/10/2020

Número da 025.2020.603843 **Tipo de** Custas de Recursos

Detalhamento

- Custas Processuais: R$ 311,22
- Taxa bancária: R$ 1,35

Promovente PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO

Valor da causa: R$ 10.125,00

Observações:

- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.

UFR vigente: R$ 51,87

Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6

Parcela: 1/1

Valor total: R$ 312,57

Desconto total: R$ 0,00

Valor final: R$ 312,57

866400000034 125709283183 520201031025 592003843014

Banco do Brasil

Guia - Ficha de Compensação

N° DA CONTA JUDICIAL	0
N° DA PARCELA	
DATA DO DEPÓSITO	15/10/2020
AGÊNCIA (PREF / DV)	0
TIPO DE JUSTIÇA	ESTADUAL
DATA DA GUIA	15/10/2020
N° DA GUIA	0252020603843
N° DO PROCESSO	08061540620188150251
UF/COMARCA	PB
ORGÃO/VARA	Vara Cível
DEPOSITANTE	RÉU
VALOR DO DEPÓSITO (R$)	312,57
NOME DO RÉU/IMPETRADO	SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
TIPO DE PESSOA	Jurídica
CPF / CNPJ	09248608000104
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE	PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS
TIPO DE PESSOA	FISÍCA
CPF / CNPJ	11581575416
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA	151AE7209BC42D50
CÓDIGO DE BARRAS	86640000003 4 12570928318 3 52020103102 5 59200384301 4

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Processo n. 08061540620188150251

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, apresentar seu **RECURSO DE APELAÇÃO,** o que faz consubstanciado nas razões anexas, requerendo seu regular processamento e ulterior envio à Câmara Cível.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PATOS, 7 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

PROCESSO ORIGINÁRIO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE PATOS / PB

PROCESSO N.º 08061540620188150251

APELANTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

APELADA: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

RAZÕES DO RECURSO

COLENDA CÂMARA,

INCLÍTOS JULGADORES,

Assim, em razão da suposta invalidez adquirida, o recorrido ajuizou a presente lide pleiteando a verba máxima indenizatória do Seguro DPVAT, tendo em vista o pagamento administrativo realizado pela Seguradora, no valor de **R$ 6.750,00 (seis mil e setecentos e cinquenta reais),** o qual entendeu ser aquém do devido**.**

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

SINISTRO OCORRIDO APÓS A MEDIDA PROVISÓRIA 451/2008

DA QUITACAO ADMINISTRATIVA

Conforme se verifica dos documentos acostados pela parte apelante, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de **25/07/2015**. Em razão do aludido sinistro, após a devida regulação administrativa, **o pagamento foi realizado em favor do apelado, conforme consta dos documentos acostados NA IMPUGNACAO AO LAUDO ID 25227591** – isto, após meticulosa análise da documentação apresentada foi liberado o valor da indenização na monta de **R$ 6.750,00 (seis mil e setecentos e cinquenta reais) porem o pagamento foi realizado em 2 depósitos de R$ 3.375,00 cada**, trazemos a colação os comprovantes de pagamento, vejamos:

SINISTRO 3170439899 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB
BENEFICIÁRIO PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 11581575416

Posição em 09-10-2019 16:00:59
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R$00.000,00
Juros e Correção: R$00.000,00
Valor Total: R$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/08/2017	R$ 3.375,00	R$ 0,00	R$ 3.375,00
30/11/2017	R$ 3.375,00	R$ 0,00	R$ 3.375,00

➢ **PRIMEIRO PAGAMENTO EM 30/08/2017:**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/08/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 3.375,00

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00043
CONTA: 000000164036-0

Nr. da Autenticação C6DCC0E8D812495F

➢ **SEGUNDO PAGAMENTO EM 30/11/2017:**

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/11/2017
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 3.375,00

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS

BANCO: 104
AGÊNCIA: 00043
CONTA: 000000164036-0

Nr. da Autenticação CB98DF93AD9F1721

Após dilação probatória, foi confeccionado laudo pericial, que consta às fls. dos autos. Por certo, o limite indenizatório estipulado na condenação, deveria ser o estipulado na referida prova, debitando-se o valor pago na via administrativa. Todavia, a condenação imposta na r. sentença sobejou o montante devido ao apelado em razão de sua permanente invalidez, pelo que merece pronta reforma. Vejamos conclusão da perícia:

Segmento anatômico	Marque aqui o percentual			
1ª Lesão CRANIO-FACIAL	☐ 10% Residual	☐ 25% Leve	☒ 50% Média	☐ 75% Intensa
2ª Lesão				

Frisa-se que com a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, foram estabelecidos percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais, estes últimos em completos e incompletos[1].

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ[2].

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na presente hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas, observadas quando da elaboração da prova pericial:

1) Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

2) Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Para uma melhor visualização, segue tabela demonstrando o valor devido ao Apelado, com base na lesão suportada:

---

[1]PROCESSUAL CIVIL. EMBARGOS DE DECLARAÇÃO. EXISTÊNCIA DE OMISSÃO. ATRIBUIÇÃO DE EFEITO MODIFICATIVO. POSSIBILIDADE. APLICAÇÃO DA RESOLUÇÃO CNSP Nº 273 DE 19/12/2012. EMBARGOS ACOLHIDOS, COM EFEITO MODIFICATIVO. PRECEDENTES STJ. DECISÃO UNÂNIME. 1. Ao julgar o Recurso Especial Repetitivo nº 1.303.038-RS, que discutia a aplicação da gradação da invalidez permanente parcial incompleta aos acidentes anteriores à MP 451/08, o STJ, por meio do Acórdão transitado em julgado, em 30/04/2014, decidiu pela validade da utilização de Tabela do CNSP para estabelecer a proporcionalidade da indenização ao grau de invalidez, na hipótese de sinistro anterior a 16/12/2008, data da entrada em vigor da Medida Provisória 451/08.2. Tendo em vista que do acidente automobilístico, o qual vitimou o apelante, ora embargado, decorreu debilidade permanente, conforme Laudo Traumatológico presente nos autos, aplica-se ao caso a Resolução CNSP Nº 273 DE 19/12/2012, devendo-se quantificar a indenização DPVAT, prevista no art. 3º, II, da Lei Nº 6.194/74, ALTERADA PELA LEI Nº 11.482/2007, conforme o grau e local da invalidez permanente sofrida pela vítima, nos termos da perícia médica a ser realizada para tal fim.3. "A possibilidade de atribuição de efeitos modificativos a embargos declaratórios resulta da presença de omissão verificada no acórdão embargado" (STJ, Relator: Ministra LAURITA VAZ, Data de Julgamento: 14/09/2010, T5 - QUINTA TURMA).4. Embargos acolhidos, com efeito modificativo. Decisão unânime. Embargos de Declaração 240917-6 - 0044662-52.2010.8.17.0001 - Relator(a) Roberto da Silva Maia - 1ª Câmara Cível - Data do Julgamento - 03/02/2015

[2]**Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."

Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas	Valor da Indenização
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100	R$ 13.500,00

Repercussão	Valor da Indenização
50% (grau moderado)	R$ 6.750,00

Portanto, necessária a apreciação das provas trazidas ao processo pela ora apelante, uma vez que não foi considerado pelo juízo sentenciante os pagamentos administrativos ora noticiado.

Destaca-se que o seguro DPVAT é alvo de fraudes a todo instante! Não que seja o caso desses autos, mas as evidências se relevam como tentativa da requerente em receber valor além do estabelecido por lei, ocultando o fato de já ter recebido a quantia de **R$6.750,00** na via administrativa.

Sendo assim, na hipótese de manutenção da r. Sentença, o valor indenizatório deverá respeitar o cálculo apresentado acima, apurado com base no exame pericial que consta dos autos, evidentemente descontando-se o valor pago na esfera administrativa, na razão de **R$ 6.750,00 (seis mil e setecentos e cinquenta reais),** de modo que **NÃO HÁ VALOR ALGUM A SER COMPLEMENTADO (QUITACAO ADMINISTRATIVA).**

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, confia a Recorrente no alto grau de eficiência desse Egrégio Tribunal de Justiça, a fim de que seja reformada *in totum* a r. sentença proferida pelo MM. Juiz *"a quo"*, dando provimento ao presente recurso.

Requer o provimento do presente recurso, para que o **limite máximo da condenação** não ultrapasse o valor contido na **Tabela de Graduação** da Lei 11.945/2009, a observar o grau de invalidez efetivamente experimentado pelo Apelado, devendo, ainda, ser abatida a verba paga na esfera administrativa, no montante de R$ 6.750,00 (seis mil e setecentos e cinquenta reais), o que perfaz um máximo indenizável de R$ 0,00 ().

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PATOS, 7 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SUELIO MOREIRA TORRES**, inscrito na **15477 - OAB/PB** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **PEDRO NETO SOUSA DOS SANTOS**, em curso perante **a 4ª VARA CÍVEL** da comarca de **PATOS**, nos autos do Processo nº 08061540620188150251.

Rio de Janeiro, 7 de outubro de 2020.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PB 4246-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819