



Número: **0819286-21.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/03/2018**

Valor da causa: **R\$ 13500.0**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO
AUTOR	PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO
ADVOGADO	FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA
RÉU	BRDESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13301872	28/03/2018 10:15	adm pedro antonio do nascimento	Outros Documentos
13301528	28/03/2018 10:15	adm pedro antonio do nascimento2	Documento de Comprovação
13301547	28/03/2018 10:15	prot adm pedro antonio	Documento de Comprovação
13373452	04/04/2018 15:13	Despacho	Despacho
18996990	04/02/2019 15:00	Mandado	Mandado
18998301	04/02/2019 15:25	Certidão	Certidão
19071440	07/02/2019 13:01	Diligência	Diligência
19071578	07/02/2019 13:01	0819286-21.2018.8.15.2001	Devolução de Mandado

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 Antonio do Nascimento

PORTADOR(A) DO RG Nº 3854243 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 06/05/19

CPF 103483004-20 /CNPJ 00000000-00000000 PROFISSÃO agricultor

E RENDA MENSAL DE R\$ 1,5M. (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Pedro A. do Nascimento 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 no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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 aparecem 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 Lotéticas 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 cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

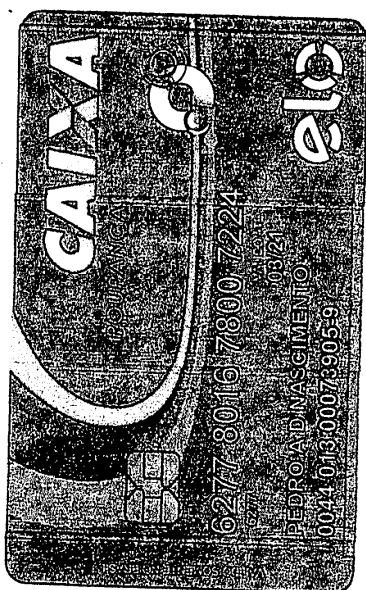
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 73905-9

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.

1. Pessoa 12 de Setembro de 2017 Pedro Antonio do Nascimento
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 existência ou não 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.dpvat.gov.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0711264



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Pedro Antonio do Nascimento,

RG nº 3854243, data de expedição 06/05/10, Órgão SSP/PB

CPF nº 105433004-20, 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)	<u>Sítio Inhama s/n. Rua Rural</u>
Número	<u>—</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Criote de Mamanguape</u>
Cidade	<u>Mamanguape - PB</u>
Estado	<u>Paraíba. PB</u>
CEP	<u>58289000</u>
Telefone de Contato	<u>99135-6710</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. Pessoa 12 - 09. 2017

Assinatura do Declarante: Pedro Antonio do Nascimento

MARIA DA PENHA DOS SANTOS
SIT INHAJA, S/N - AREA RURAL
CUTE DE MAMANGUAPE / PB CEP: 59280000 (AG 14)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFÁSICO
Roteiro: 15 - 268 - 871 - 3240
Nº medidor: 00000503531

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cuiabá Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001 153.902
Código para Débito Automático: 00011427762

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora) 5/1142776-2

Canal de contato

Abr / 2017

Apresentação

25/04/2017

Data prevista da próxima leitura

24/05/2017

CPF / CNPJ / RANI

88826671453

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
24/03/17	10825	25/04/17	10711	32

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh-BR	30	0,13811	4,08
Consumo - 31 a 100 kWh-BR	58	0,23334	13,08
Adic. B. Amarela			0,18
Adic. B. Vermelha			1,04
Subsídio			18,82
ICMS			13,34
PIS			0,49
COFINS			2,28

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/17	81
Fev/17	79
Jan/17	79
Dez/16	84
Nov/16	80
Out/16	73
Set/16	75
Ago/16	69
Jul/16	73
Jun/16	69
Maio/16	65
Abr/16	65

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	63,38	25,00	13,34
PIS	63,38	0,8230	0,49
COFINS	63,38	4,2412	2,28

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses

03/05/2017

R\$ 34,45

RESERVADO AO PISCO

180a.760e.f48a.db38.5227 aa36.3a5a.3a13.

Indicadores de Qualidade: 2/2017 - 8a pte

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	12,35	
DIC TRIMESTRAL	24,71	
DIC ANUAL	49,42	
FIC MENSAL	1,82	
FIC TRIMESTRAL	15,64	
FIC ANUAL	31,28	
DMIC	6,78	
DICRI	18,80	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	8,53	18,85
Compra de Energia	8,81	25,57
Serviço de Transmissão	0,45	1,31
Encargos Sociais	2,57	7,46
Impostos Diretos e Encargos	18,08	48,71
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	34,45	100,00

Valor do EUSD (Rel. 2/2017) R\$ 8,57

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 18,82



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01610.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01610.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:26 horas do dia 06 de setembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Pedro Antonio do Nascimento**, RG nº 3845243 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria da Penha dos Santos e Antonio Arnor do Nascimento, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 22/07/1992 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Inhaú, Nº s/nº, complemento sítio, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo a Mamanguape, na cidade de Mamanguape/PB, telefone(s) para contato (83) 99135-6710.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Inhaú, nº s/nº, Sítio, Próximo a Mamanguape, Mamanguape/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 09/04/17 22:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

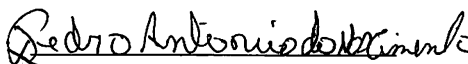
QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 150 DE COR PRETA ANO 2012, DE PLACA LQV-4239-PB, CHASSI Nº 9C2KC1680CR450559, EM NOME DE DAMIAO PEDRO DA SILVA, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA CRM PB 2516, DATADO 11/08/2017.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 06 de setembro de 2017.



CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação



PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO
Noticiante

Procedimento Policial: 01610.01.2017.1.00.420

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Pedro Antonio do Nascimento portador da carteira de identidade nº 3854243 e inscrito no CPF/MF sob o nº 00000000000 residente e domiciliado na Sítio Igarua S/O Quito Mauaçuape Cidade Mauaçuape, Estado Pernambuco, 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:

☒ 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.

Pedro Antonio do Nascimento

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

1. Pessoa 12 de Setembro de 2017

Local e data



**COMPROVANTE DE SITUAÇÃO
CADASTRAL NO CPF**



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **105.433.004-20**

Nome: **PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO**

Data Nascimento: **22/07/1992**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data de Inscrição no CPF: **10/03/2010**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:39:37** do dia **15/09/2017** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **A0A2.6393.437A.82A7**



Aprovado pela IN/RFB no 1.548, de 13/02/2015.

Nova Consulta

[illegible]

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Damiano Pedro da Silva,
RG nº 29-330-514-4 data de expedição 16/04/2015
Órgão DETRAN-RJ portador do CPF nº 066-853-414-16 com
domicílio na cidade de CURITE DE MME-PB no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SÍTIO PAULO, M. CURITE DE MME
complemento _____, 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 Antonio do Nascimento cujo o condutor era

Veículo: motorcycle
Modelo: Honda CG 150 FOM
Ano: 2012
Placa: LQU 4239
Chassi: 9C2KE1680CR450559
Data do Acidente: 09/04/17
Local e Data: por Pense 19/09/17

Damiano Pedro da Silva
Assinatura do Declarante)


Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro))

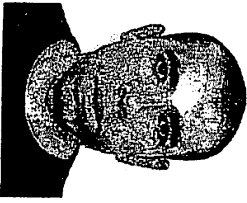


Adauto Rodrigues de Bulhões
Oficial do Registro Civil
Substituto

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

 0206



Damião De nojas Silva
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 29.930.514-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/04/2015

NOME
DAMIÃO PEDRO DA SILVA

FILIAÇÃO
FRANCISCO PEDRO DA SILVA

MARIA DAS GRAÇAS IZIDRO DA SILVA

NATURALIDADE
PARAÍBA DATA DE NASCIMENTO 18/06/1987

DOC. ORIGEM
C. CASM LIV 000198A FLS 169 TERM 0006238
MAMANGUAPE PB

CPF 066.853.414-16 2 Vto

001

JOSÉ CARLOS DOS SANTOS ARAÚJO
PRESIDENTE DO DETRAN-RJ
0105548205

0206

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83



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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO
DADOS DE NASCIMENTO 22/07/1992
NOME DA MÃE MARIA DA PENHA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 992.788
Nº PRONTUARIO 101.378
DATA DO ATENDIMENTO 09/04/17
HORA DO ATENDIMENTO 02:22
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE OPN (OSSOS PRÓPRIOS DO NARIZ) +
TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS
CID 10 S 02.2 + T 07

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU de Cuité de Mamanguape-PB, apresentando TCE + trauma com escoriações em face, sufusões periorbitais bilateral e ferimento em lábio superior. Relato de ingestão alcoólica. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

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

TRATAMENTO:

Fratura de opn à TC da face. Sem alteração à TC do crânio, USG e aos RX. Realizado internamento e tratamento conservador aos cuidados da BucoMaxiloFacial, Neurocirurgia, Ortopedia e da Cirurgia Geral.

ALTA HOSPITALAR: 25/04/17
DATA DA EMISSÃO: 11/08/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO C. B. B. 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Identificação do paciente		Nome		PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO		Estado civil		Religião		Sexo		Masculino	
Data de nascimento		22/07/1992		Idade		24 anos 8 meses 18 dias		Mãe		MARIA DA PENHA DOS SANTOS		Escolaridade	
DDD Móvel		993543938		Fone Móvel		993543938		Nº Cns		165957219110009		UF	
RG (IDENTIDADE)		3854243		Número documento		3854243		Tipo		MUNICÍPIO		UF	
Local de procedência		MAMANGUAPE		Naturalidade		MAMANGUAPE		Logradouro		Bairro		Complemento	
CEP				Município de residência				UF					
Número		SN		Número da pulseira		1000005983147		Clínica		Convênio		SUS	
Data e Hora		09/04/2017 02:22:41		Especialidade		CIRURGIA GERAL		Classificação de risco		Motivo do atendimento		ACIDENTE DE MOTOCICLETA	
Carteira de atendimento				Origem do paciente		OUTRA UNIDADE DE SAUDE		Detalhe do acidente		QUEDA / OUTROS			
Indicadores e Transporte		Plano de saúde		Não		Quem transportou		Trauma		Nac			
Casos policiais		Não		Meio de transporte		SAMU		Sinais Vitais		PA		X	
Sinais Vitais		mmHg		Pulso		Temperatura		Exames complementares		Ratão X []		Sangue []	
Exames complementares		ECG []		Liquor []		TC []		Urina []		Ultrassonografia []			
Dados clínicos		Diagnóstico		THATYANE MARQUES VIEIRA BRAGA		Atendido por		Autism da Nobrega Alves		CBO-PB: 4072		Tempo 09seg	

GOVERNO DA PARAIBA

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena
ACOLHIMENTO, sn - - CNES: 123312 - Tel.:
Boletim de Atendimento: 992788

Cruz Vermelha Brasileira

#BMF# 09/04/2017 - 04:00h

Paciente vítima de acidente motociclistico, há aproximadamente 05 horas.
Nega vômito ou diarreia, apresenta-se consciente, orientado, eufórico,
normocorado, em boca, movimentando os quatro membros, em BEG.
Ao exame físico de face, observa-se FEE. em lábio e edema em
nariz. Exceção em asso nasal

C.D. ① Anamnesis;

② Exams clínicos;

③ Sutura de FEE temporaneamente
nasal anterior.

④ Reavaliação após tomografia.

Dr. Diego Dantas M. de Paula
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-PB: 5424

Neurocir 09/04 7h25.

Acidente de moto C/TC

sem lesões

s/ déficit

TC crânio: sem lesão intracraniana

TC cd. cervical: sem fraturas

② alta da neurocirurgia

Dr. Alécio C. B. S. Barcelos
Neurocirurgião - CRM-PB 7104
Cirurgia da Coluna

Lúngua Geral

As 07:48h: Paciente vítima de queda de moto.
com edema periorbital (E), sangramento não
especificado por corte no local + epistaxe

cd: ① Vitamina K sang Int. 08:00

② Transamin sang no sero. 08:00

Paulo Marques
Cirurgia Geral



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBAVERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO	BAE 992788	Data/Hora Entrada 09/04/2017 02:22:41	Data Baixa
Data de nascimento 22/07/1992	Idade 24	Sexo Masculino	CNS 165957219110009
Mãe MARIA DA PENHA DOS SANTOS			Telefone de Conta'o (83) 993543938
Endereço null, SN	Bairro	Município	UF
Adidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FERNANDO RAMALHO DINIZ	Nº Cons. Regional 2797/PB
Data/Hora Classificação 09/04/2017 02:22:41	Data/Hora Prescrição 09/04/2017 02:49:13		

anamnese
PACIENTE POLITRAUMATIZADO VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, TRAZIDO PELO SAMU DE CUITÉ DE MAMANGUAPE, APRESENTANDO TRAUMA DE FACE COM SUFUSÕES PERIORBITAIS BILATERAL E FERIMENTO DE LÁBIO SUPERIOR. SINAIS DE INGESTA DE BEBIDA ALCOÓLICA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA NO MOMENTO DO SINISTRO. GLASGOW 15, ACORDADO, COMUNICANTE, CORADO, EUPNÉICO. HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL.

MEDICAÇÃO				
SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, DURANTE 24 HORA(S)				
ÁGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., 6/6H				
Diluir				
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 1,0 AMPOLA				
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 100 ML, ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H				
Diluir				
OPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 1,0 FRASCO/AMP				
C.10				
<table><tr><td>Código</td><td>Descrição</td></tr><tr><td>T14.9</td><td>Traumatismo não especificado</td></tr></table>	Código	Descrição	T14.9	Traumatismo não especificado
Código	Descrição			
T14.9	Traumatismo não especificado			

Conduta
Em observação

em tempo
para ser: NER, BNF, ORTOPEDIA.

FERNANDO RAMALHO DINIZ
(2797/PB)

PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

992788

Nome do paciente

Pedro Antonio de Neresenmeito

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
14/04/13	10h	CTBMF. Paciente com bastante edema em face, em queixas orais CD: ① Prescrição Hospitalar ② Não Hemograma ③ Orientação por Higiene Oral Rigorosa
15/04/13	09:45	CTBMF. Paciente em BEG, edema em regredir. CD: ① Prescrição Hospitalar ② Prescrição de Buxopen ③ Aguardar regredir total de edema em face por dejetos de gástrico ④ Orientação de Higiene Oral
16/04/13	08:45	CTBMF. Paciente com forte anemia Hb: 8,3% Ht: 25,1% Solicitação Concentrado de Hemácias, no qual foi orientado que apenas urgência ou Hb < 7,0% terá prioridade, e em receber Concentrado de Hemácias. CD: ① Prescrição Hospitalar ② Prescrição de Ácido Fólico e Sulfato de Ferro ③ Aguardar melhora do quadro clínico para agendamento Cirurgia ④ Solicitar Novo Hemograma.

Mário Bruno Grist L. Mendonça
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial

Mário Bruno Grist L. Mendonça
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial

Mário Bruno Grist L. Mendonça
Cirurgia e Traumatologia
Bucco-Maxilo-Facial
CRM 34148

F(NG),ENF.018-1

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
09/04/17	18:56	# BMF Paciente vítima de acidente motorciclístico (sic). Seque com fratura nasal e epistaxe. Foi realiza- zando tamponamento nasal posterior. Paciente internado pela BMF.
10/04/17		Paciente curando em fratura nasal no nariz esquerdo. Em tempo posterior, sangue ninho entubado dentro de 10h muito a menos de tempo dia 12/04/17 CA Sólido e cura de entubado
# 12/04/17	20:22h	# CT BMF # Remoção de tempo nasal posterior sem sangramento.

Autanda M. Nogueira Alves
Cirurgia Bucal-Maxilo-Facial
CRO-PB-4072

Jansse Campelo Galvão
Cirurgia Bucal-Maxilo-Facial
CRO-PB-15233

Murilo Araújo
Cirurgia Bucal-Maxilo-Facial
CRO-PB-15233

F(NG).ENF.018-1

Nome: <u>Pedro Antonio do Nascimento</u>		N de BE: <u>992788.</u>	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.: <u>02</u> Leito: <u>04.</u>
Data de admissão: <u>09/4/17</u>	Alta: <u>25/04/17</u>	Tempo de Permanência: <u>16 dias.</u>	
Diagnóstico de Internação: <u>Fratura OPN.</u>			
Diagnóstico Definitivo:			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>Ex Clínico + TC RB FACL.</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe:			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriologista:			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Paciente oriundo de acidente automobilístico apresentando fratura de osso OPN. No momento consciente e orientado por BEG, sem edema, perfusão nasal mantida, sem distúrbio respiratório ou</u>			
Orientações Pós Alta <u>manter-se em repouso.</u>			
Dieta:			
Repouso:			
Relativo em casa por, <u>30</u> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>30</u> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em, <u>30</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: <u>Antidoloroso - 6 meses de</u>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em <u>05/05/17</u> para retirada de ponto.			
Ao ambulatório <u>Htop</u> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa <u>25</u> de <u>04</u> de <u>17</u> .			
Ass. Médico/CRM			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO

Qualificação: _____

CPF/MF: 105 433 004- 20 RG: 3854243 SSP/PB

Endereço: Sítio Inhama s/n Avia Rural
Cuite de Massangaporé - PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968, todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.


GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, 12 de Setembro de 2017.

Pedro Antonio do Nascimento
Outorgante

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0483058/17
Vítima: PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO
CPF: 105.433.004-20

Data do Acidente: 09/04/2017
CPF de: Próprio Titular do CPF: PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO : 105.433.004-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/12/2017
Nome: PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 105.433.004-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/12/2017
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

PEDRO ANTONIO DO NASCIMENTO

Sandra Maria Accioly Pedrosa

F



Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0819286-21.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro o pedido de justiça gratuita.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação. Cite-se o réu para contestar no prazo de 15 dias, sob pena de serem considerados verdadeiros os fatos aduzidos na inicial. Da análise da inicial, já verifico a necessidade de prova pericial.

Nomeio perito o Dr. Antonio Vituriano, médico ortopedista, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com. Fixo o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre a Seguradoras e o TJPB.

Assim, intime-se a parte ré para, no prazo de dez dias, depositar em conta judicial o valor designado, correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser apurado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do

corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação. A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

JOÃO PESSOA, na data da assinatura digital.

Josivaldo Félix de Oliveira

Juiz de Direito

Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0819286-21.2018.8.15.2001

Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)

Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, **cite** a parte Nome: BRADESCO SEGUROS S/A, Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131 para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial. Fique também **intimado** para em dez (10) dias, depositar em conta judicial o valor designado de R\$ 200,00 correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor. **Intime-se** a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

JOÃO PESSOA, em 4 de fevereiro de 2019.

De ordem, SEDNANREF RACNELA GOMES ALENCAR
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:

18032810144765600000012991935



Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Número	do	Processo:	0819286-21.2018.8.15.2001
Classe:	PROCEDIMENTO	COMUM	(7)
Assunto:			[S E G U R O]
Polo ativo:	AUTOR:	PEDRO ANTONIO DO	NASCIMENTO
Polo passivo: RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A			

CERTIDÃO

Certifico e dou fé haver notificado o perito, nesta data, conforme se observa abaixo:

Zimbra

jpa.1varacivel@tjpb.jus.br

Notificação Perícia Proc. 0819286-21.2018.8.15.2001

De :	1A. VARA CIVEL <jpa.1varacivel@tjpb.jus.br>	Seg, 04 de fev de 2019 15:22
Assunto :	Notificação Perícia Proc. 0819286-21.2018.8.15.2001	
Para :	antoniovituriano@outlook.com	

Dr. Antonio Vituriano de Abreu,

Notifico que o senhor foi nomeado perito nos autos de nº0819286-21.2018.8.15.2001, com o valor dos honorários periciais no patamar de R\$ 200,00 (duzentos) reais em razão do convênio celebrado entre as Seguradoras e o TJPB, a ser depositado pela parte ré.

Intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico. Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)?

Deste modo, informe se aceita o encargo de perito.

Att,

Juízo de Direito da 1º Vara Cível da Capital.

JOÃO PESSOA, 4 de fevereiro de 2019
SEDNANREF RACNELA GOMES ALENCAR

CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins, que dei inteiro cumprimento ao presente mandado, Citando e Intimando a parte promovida BRADESCO SEGUROS S/A, na pessoa de sua Rep. Legal, a qual de tudo ficou ciente e assinou o mesmo, conforme se vê no anverso. Dou fé.

JOÃO PESSOA

7 de fevereiro de 2019

SAULO JOSE ALVES DO AMARAL

Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0819286-21.2018.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM (7)
Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO E INTIMAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 1ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, **cite** a parte Nome: BRADESCO SEGUROS S/A, Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131 para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial. Fique também **intimado** para em dez (10) dias, depositar em conta judicial o valor designado de R\$ 200,00 correspondentes aos honorários periciais. Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor. **Intime-se** a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação.

JOÃO PESSOA, em 4 de fevereiro de 2019.

De ordem, SEDNANREF RACNELA GOMES ALENCAR
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO
DOCUMENTO:18032810144765600000012991935



Assinado eletronicamente por: SEDNANREF RACNELA GOMES ALENCAR
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 18996990


Rosimery Soares Costa
Assistente Operacional
8337/Sucursal João Pessoa - PB



19020415001803100000018486091

Bradesco
-06-Fev-2019-09:55:47-78095-03/
Bradesco Auto Re Clia de Seguros.