



Número: **0860267-92.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição: **17/10/2018**

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	JOSELIO FRANCISCO PEREIRA
RÉU	BRADESCO SEGUROS S/A

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
17238 874	17/10/2018 16:06	joselio francisco pereira BO bam	Documento de Comprovação
17238 884	17/10/2018 16:06	joselio francisco pereira proc adm	Documento de Comprovação
17241 543	18/10/2018 10:53	Despacho	Despacho
19086 199	07/02/2019 18:37	Mandado	Mandado
19742 206	12/03/2019 23:28	mandado de citação	Diligência
19742 212	12/03/2019 23:28	e3	Devolução de Mandado

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00613.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00613.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:08 horas do dia 02 de abril de 2018, 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Josélio Francisco Pereira**, CPF nº 706.876.234-48, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria das Neves Odilonda Silva e Severino Francisco Pereira, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 05/04/1998 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Barro de Fátima, Nº SN, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Perto da Ig. do Barro, na cidade de Alagoinha/PB, telefone(s) para contato (83) 99336-0688.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 063, Perto da Granja de Dodó, Alagoinha/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 02/06/17 07:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TITAN, VERDE, 1997/1997, PLACA MNE2114/PB, CHASSI 9C2JC250VVR127594, registrada em nome de SEVERINO FRANCISCO PEREIRA, quando perdeu o controle ao desviar de um buraco na via, vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 18.09.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi em veículo particular no dia 03.06.2017; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 02 de abril de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigacao

JOSELIO FRANCISCO PEREIRA
Noticiante



CONFERIDO COM O ORIGINAL

**SINCOR/PB
28 JUN. 2018**

Procedimento Policial: 00613.01.2018.1.00.420

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Joselio Francisco Perira
DATA DE NASCIMENTO	05/04/98
NOME DA MÃE	Maria das Neves Odilon da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	102344	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1004789	CONFERIDO COM O ORIGINAL
DATA DO ATENDIMENTO	03/06/17	
HORA DO ATENDIMENTO	09:13	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto	
DIAGNÓSTICO (S)	Luxação acromioclavicular D.	SINCOR/PB
CID 10	S43.1	28 JUN. 2018

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, encaminhado de Guarabira, vítima de queda de moto, com queixa de dor em ombro direito, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acromioclavicular D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular D.

ALTA HOSPITALAR: 16/06/17
DATA DA EMISSÃO: 18/09/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700



Boletim de Atendimento: 1004789



Identificação do paciente

ID 1176892	Nome JOSELIO FRANCISCO PEREIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 05/04/1998	Idade 19 anos 1 mes 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DAS NEVES ODILON DA SILVA	Pai SEVERINO FRANCISCO PEREIRA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA DAS NEVES ODILON DA SILVA - MAE			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988705815	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4206893	Nº Cns 700400488394242		
Local de procedência GUARABIRA	Tipo MUNICÍPIO UF PB			
Email	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R		

Endereço

CEP 58380000	Município de residência ALAGOINHA	UF PB	Logradouro BARRO DE FATIMA
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	

Admissão

Data e Hora 03/06/2017 09:13:44	Número da pulseira 1000005239176	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

Especialidade
CIRURGIA GERAL

Classificação de risco

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
		Detalhe do acidente OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X	mmHg	Pulso	Temperatura
---------	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

LAC.

13/06

NS

Diagnóstico

Atendido por
ANNE WALESKA PEREIRA MA

CID

Tempo
01min 47seg

Imprimir



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM - CNES: 445365 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1004789



Identificação do paciente				
ID 1176992	Nome JOSELIO FRANCISCO PEREIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 05/04/1998	Idade 19 anos 1 mes 29 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DAS NEVES ODILON DA SILVA	Pai SEVERINO FRANCISCO PEREIRA			
Escolaridade				Responsável (Parentesco) MARIA DAS NEVES ODILON DA SILVA - MAE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988705815			DDD Fijo
Fone Fijo				
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4206693			Nº Cns 700400466394242
Local de procedência GUARABIRA				Tipo MUNICÍPIO
UF PB				UF PB
E-mail	Naturalidade GUARABIRA			CBO/R
Endereço				
CEP 58390000	Município de residência ALAGOINHA	UF PB	Logradouro BARRO DE FÁTIMA	
Número SN	Complemento			Bairro ZONA RURAL
Admissão				
Data e Hora 03/06/2017 09:13:44	Número da pulseira 1000005239176			Convenio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL				Clínica
Classificação de risco				Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA			Detalhe do acidente OUTROS
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR				Quem transportou
Sinais Vitais				
PA X	mmHg	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA				
<input type="button" value="Imprimir"/>				



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO

Em: 08/06/2017 08:53:28

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
JOSELIO FRANCISCO PEREIRA		1004789	03/06/2017 09:13:44	
Data de nascimento 05/04/1998	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700400466394242	Prontuário 102344
Tempo de Internação 4d 17h 13min		Convênio SUS		Plantão DIURNO

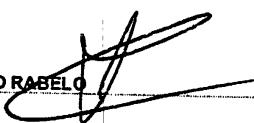
EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 08/06/2017 08:53:22)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Descrição da evolução:

paciente atualmente sem queixas.
aguarda vaga em enfermaria.
solicito cirurgia.

ação: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 19
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO


Número Conselho: 4518



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: MATHEUS
MOZART SILVEIRA
MELQUIADES

Em: 07/06/2017 07:27:38

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
JOSELIO FRANCISCO PEREIRA		1004789	03/06/2017 09:13:44	
Data de nascimento 05/04/1988	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700400466394242	Prontuário 102344
Tempo de Internação 3d 15h 47min		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 07/06/2017 07:27:35)

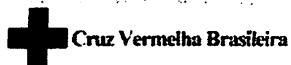
EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Descrição da evolução:

paciente atualmente sem queixas.
aguarda vaga em enfermaria.
solicito cirurgia.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 19
Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Dr. Matheus Mozart
Número Conselho: 9456
CRM, 9456
Ortopedia e Traumatologia
9456



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: MATHEUS
MOZART SILVEIRA
MELQUIADES
Em: 07/06/2017 07:27:38

Paciente JOSELIO FRANCISCO PEREIRA	Boletim de Atendimento 1004789	Data/Hora Entrada 03/06/2017 09:13:44	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/04/1998	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700400466394242
Tempo de Internação 3d 15h 47min	Convênio SUS	Prontuário 102344	Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 07/06/2017 07:27:35)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

paciente atualmente sem queixas.
aguarda vaga em enfermaria.
solicito cirurgia.

Dr. Matheus Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9456

Número Conselho: 9456

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: LEITO EXTRA 19
Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: MATHEUS
MOZART SILVEIRA
MELQUIADES
Em: 06/06/2017 03:19:28

Paciente JOSELIO FRANCISCO PEREIRA		Boletim de Atendimento 1004789	Data/Hora Entrada 03/06/2017 09:13:44	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/04/1998	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700400466394242	Prontuário 102344
Tempo de Internação 2d 11h 39min	Convênio SUS			Plantão NOTURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 06/06/2017 03:19:08)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Descrição da evolução:

paciente atualmente sem queixas.
aguarda vaga em enfermaria.
solicito cirurgia.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0007

Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Dr. Matheus Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 945 Número Conselho: 9456



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: MATHEUS
MOZART SILVEIRA
MELQUIADES

Em: 06/06/2017 03:19:28

Paciente		Boletim de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
JOSÉLIO FRANCISCO PEREIRA		1004789	03/06/2017 09:13:44	
Data de nascimento 05/04/1998	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700400466394242	Prontuário 102344
Tempo de Internação 2d 11h 39min		Convênio SUS		Plantão NOTURNO

Evolução do Paciente (MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES - 06/06/2017 03:19:08)

Evolução do Paciente

Descrição da Evolução:

paciente atualmente sem queixas.
aguarda vaga em enfermaria.
solicito cirurgia.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0007

Profissional responsável pela informação: MATHEUS MOZART SILVEIRA MELQUIADES

Dr. Matheus Mozart
Número: 189456
Ortopedia e Traumatologia
Número: 189456
Número: 189456



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO

Em: 05/06/2017 07:06:02

Paciente JOSELIO FRANCISCO PEREIRA	Boletim de Atendimento 1004789	Data/Hora Entrada 03/06/2017 09:13:44	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/04/1998	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700400466394242
Tempo de Internação 1d 15h 26min	Convênio SUS		Prontuário 102344
			Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 05/06/2017 07:05:07)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL; SEM INTERCORRÊNCIAS; EXAMES OK; CD: AGUARDA CIRURGIA.

~~Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0007~~
~~Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO~~ Número Conselho: 4518



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM
CNES: 2778696 - Tel.: 8332165700



GOVERNO
DA PARAÍBA

Impresso por: FRANCISCO
KARTNEY SARMENTO
PEDROSA
Em: 04/06/2017 09:23:26

Paciente JOSELIO FRANCISCO PEREIRA		Boletim de Atendimento 1004789	Data/Hora Entrada 03/06/2017 09:13:44	Data/Hora Saída
Data de nascimento 05/04/1988	Idade 19	Sexo Masculino	CNS 700400466394242	Prontuário 102344
Tempo de Internação 17h 43min		Convênio SUS		Plantão DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA - 04/06/2017 09:23:21)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Descrição da evolução:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM INTERCORRÊNCIAS; EXAMES OK; CD: AGUARDA CIRURGIA.

Seção: AREA VERDE ENF 36 Leito: 0007

Professional responsável pela informação: FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA

Número Conselho: 5804



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Josélio Francisco

**REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPMÉ**

Número: 00

Paciente: Josélio Francisco Ferreira
Procedimento: 101 Sóis e thingos
SUS: (Não SUS)
Médico: Dr. Sávio

Prontuário: 1004789
Data: _____
Reposição: _____

Data: 13/06/17
Caixa Pronta: _____

DISPENSAÇÃO CME			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS
<u>Dr. Sávio</u>	<u>100ml Frasco de Reschmeyer 2,5</u>	<u>01</u>	
DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS
<u>Dr. Sávio</u>	<u>100ml Frasco de Reschmeyer 2,5</u>	<u>01</u>	

Vanessa Mendonça F. da Silva
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL
CORFEM-PB 344-320

Vanessa Mendonça F. da Silva
ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL
CORFEM-PB 344-320



RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Jardis Francielle Pereira BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 13/06/17
 Clínica/Setor: Interno EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: Dr. Tiago Figueiredo 1º Assistente: Dr. Sávio Souza
 2º Assistente: Dr. Rafael Velloso 3º Assistente: Dr. Caio Almeida
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Raulino
 Tipo de Anestesia: Blgo Max. 2% Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Buxacão Adenio Clínico no Sulco</u>	
<u>Dirito</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Treatmento Cirúrgico para fixação</u>	
<u>de buxacão Adenio Clínico +</u>	
<u>luzinha para fixar o Ethibond</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Dr. Tiago Martins Formiga

CRM-PB / 24111 CRM-PE
 8088 TFO 44930

João Pessoa, 13/06/17

F(NG).ASCIR.009-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



SBT

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

* Paciente em decúbito dorsal sob Bloq. Plv.

* Anexis → Intubação + Apneia I. Compre 4000ml.
tibia.

Incisão:

* Incisão longitudinal na tibia distal

Achados:

* Luxação aberta, aberta.

Conduta:

* Dimulca Rx para exame complementar.

* Próximas as 2 férias estabilizadas com fixação

do tendão em Ossificação + fixação das férias
em 2 seções de elástico.

* Redução da luxação + fixação com 1 fio
de Kirschner.

Fechamento:

* Sutura Rx para exame complementar.

* Ponteira aberta.

Observação:

Dr. Tiago Martins Forriga
Ortopedia e Traumatologia
0005 CRM-PE / 24411 CRM-PE
Nº COT 14830

João Pessoa, 13 / 06 / 17

F(NG).ASCIR.009-1

Nota de Sala Cirúrgica

NOME DO PACIENTE:		Maurício Francisco Oliveira		8	
IDADE:	19	BE:	1807787	PRONTO-UNIFORME:	
CIRURGIA:	Pec. Laringo. R. 1. LAC (5)		ENFERMARIA:	LEITO:	
CIRURGÃO:	Dr. S. M. P. T. L. (5)				
ANESTESIA:	Recurvo + Plano				
ANESTESISTA:	Dr. J. L. L. - Ana + J. L. (R. 1)				
INSTRUMENTADOR:					
DATA:	13/06/17		TIPO CIRÚRGICO - ANESTESIA: INÍCIO:	FIM:	CIRURGIA: INÍCIO: FIM: 5:09:45 7:53:10
ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS) ASA 1 (ASA 1) ASA 2 (ASA 2) ASA 3 (ASA 3) ASA 4 (ASA 4) ASA 5 (ASA 5)					
GRAU DE CONTAMINAÇÃO: () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA		JELCO Nº18			
BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20			
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22			
CETAMINA		JELCO Nº24			
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº			
ETOMIDATO		SOLUÇÕES	QTD.		
FENOBARBITAL		ÁLCOOL ETÍLICO 70%		LÂMINA BISTURI Nº1	
FENTANILA		PVPI DEGERMANTE		LÂMINA BISTURI Nº15	
FLUMAZENIL		PVPI TINTURA		LÂMINA BISTURI Nº23	
ISOFLURANO		PVPI TÓPICO		LÂMINA BISTURI Nº24	
LEVOBUPIVACAÍNA		SABÃO ANTISEPÓTICO		LÂMINA DE DERMÁTOMO	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO		MATERIAIS	QTD.	LÂMINA DE ENXERTO	
LIDOCÁINA C/ VASO		AGULHA 13X4,5		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	
LIDOCÁINA S/ VASO		AGULHA 25X07		LUVA ESTÉRIL Nº7,0	
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08		LUVA ESTÉRIL Nº7,5	
MORFINA		AGULHA 40X12		LUVA ESTÉRIL Nº8,0	
NIMBUIM		AGULHA PERIDURAL Nº16		LUVA ESTÉRIL Nº8,5	
PANCURÔNIO		AGULHA PERIDURAL Nº17		MÁSCARA CIRÚRGICA	
PETIDINA		AGULHA PERIDURAL Nº18		MULTIVIAS	
PROPORFOL		AGULHA RAQUI Nº25G		PERFURADOR DE SÓRIO	
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI Nº26G		SCALP Nº19	
ROCURÔNIO		AGULHA RAQUI Nº27G		SCAI.P Nº21	
SEOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		SERINGA 3ML	
SUXAMETÔNIO		ATADURA DE CREPOM		SERINGA 5ML	
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		SERINGA 10ML	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		SERINGA 20ML	
ADRENALINA		CÁNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10	
ATROPINHA		CATETER EMBOLÉC ARTERIAL Nº		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12	
BEKTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14	
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL Nº17		SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18		SONDA FOLEY 2VIAS Nº12	
DIPIRONA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA FOLEY 2VIAS Nº14	
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. CURTA	
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA NASOG. LONGA	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		SONDA URETRAL Nº	
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE PENROSE		TORNEIRINHA	
IIIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
LIDOCÁINA GELÉIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
ONDAS ENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº	
BLASIL		EQUIPO TRANSF. SANGUE		TUBO SILICONE (LATEX)	
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS			
PROTAMINA		ESPOONJA DE PVPI			
TENOIXCAN		ESPARADRÃO		FIOS	QTD.
		GAZES		FIO ALGODÃO S/A Nº	
		GAZES ALGODOADAS		FIO ALGODÃO S/A Nº	
		GEL ELETROLÍTICO		FIO ALGODÃO C/A Nº	
		JELCO Nº14		FIO ALGODÃO C/A Nº	
		JELCO Nº16			
EQUIPAMENTOS					
				() ASPIRADOR	
				() BISTURI ELÉTRICO	
				() CAPNÓGRAFO	
				() CÁRDIOMONITOR	
				() DESFIBRILADOR	
				() FOCO AUXILIAR	
				() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERURADOR ELÉTRICO	
				() SERRA	
				() CIRCUULANTE	



FICHA DE ANESTESIA

HEETSHL

PACIENTE: Josélio Francisco PEREIRA		DATA: 13/06/17	PRONTUÁRIO: 1004789
		SEXO: M	IDADE: 19,2
PRESSÃO ARTERIAL 130/80	PULSO 90	RESPIRAÇÃO REGULAR	TEMPERATURA 36,5 PESO 65 GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO		RISCO CIRÚRGICO () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	
EXAMES COMPLEMENTARES VPM			
AP. RESPIRATÓRIO NRN		AP. CIRCULATÓRIO NRN	
AP. DIGESTIVO EN SEJUM	ESTADO MENTAL LOTE	DROGAS EM USO	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA	MIDAZOLAM 2mg + FENTANIL 30mcg ESTADO FÍSICO (ASA) I		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO L.A.C. ()			
CIRURGIA REALIZADA Trat. Cirúrgico L.A.C. ()			
CIRURGIA Dr. T. 1300	AUXILIARES Dr. Sóvio		
INÍCIO DA ANESTESIA 9-30h	TÉRMINO DA ANESTESIA 11:00h	DURAÇÃO DA ANESTESIA 2:30h	
ÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT. DE CH.	VALORES R\$	
ESTÉSISTA Dr. Rosane + Dr. D. (R1) 690.882.174-91	CRM-PB 42223	<i>Assinatura de Dr. Rosane Nilo Ferreira da Hale</i> <i>Anestesiologista CRM 42223</i>	
AGENTES ANESTÉSICOS O₂ 100% - N₂O 40% - CO₂ 10% - IMA 5% - SECA 10%	11:30h		
LÍQUIDOS VENOSOS SEL - SRL	Ret. ex. 2. 1000, epieno, 2000ccdo		
	FC = 100 bpm Sesp = 90 RA = 130x81		
<p>● PULSO O</p> <p>● CÓDIGO CIRÚRGICO</p> <p>● ANESTÉSICA X</p> <p>● PARTEIRAL SISTÓLICA V DIASTÓLICA A</p>			
<p>● P. ARTERIAL</p> <p>● CO₂</p> <p>● LIO</p>			
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input checked="" type="checkbox"/> BLOQ.PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ.NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS			
LÍQUIDOS Volume em ml MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
GLICOSE (1) MIDAZOLAM 2mg + 3mcg 11 NACL (2) FENTANIL 50mcg 12 SANGUE (3) NOLABUPRATINA 0,33% 300ml 13 RINGER (4) LIDOCÁINA 1,5% 30ml 14 TOTAL (5) ÁGUA DESTILADA 15 DESTINO DO PACIENTE (6) CEFAROLINA 2g 16 (7) NAZEDRON 8 17 (8) CETO PROFENO 100 18 OUTROS 9 19 10 20			
OBSEVAÇÕES IMPORTANTES RCT chega ao centro cirúrgico com Arteria MSD (mesmo lado da cirurgia); realizamos bloco em vena jugular externa. P.A. monitorizada; e-EEG; assepsia + 2-15% etanol; realizamos de bloco de vena braquial via interescrínio, c/ uso de ENE (i.e. 0,5) e agulha ASO; aspirações negativas; infusão de (3)+(7)+(8), sem intercorrências.			
ASSINATURA DO ANESTESISTA <i>Dr. Rosane Nilo Ferreira da Hale</i> F.(ING)ASCR.026 Anestesiologista CRM 42223			



Visita Pré Anestésica

BETHYL

NOME DO PACIENTE: Josélio Francisco Pereira
idade: 14 Sex: M
Patologia principal: Fist de Elavancel
Cirurgia: No Clínica Anestesia proposta:

DATA: 7/06/17

PRONTUÁRIO: 1604284

Profissões

Anestesia proposta: Blov - Reversal

b) importance de l'anamnèse et/ou EF

Clárgios / Anestesias Prévias / Complicações

Medicamentos (Dicas)

RT concrete, oriented, embossed

NETS

NECA

EXAME FÍSICO

Pres.: Altura: PA: P: Hidratado/desidratado
 Corpo desc.: - espirito disp./taquip. - cianótico (anêmico) - icterico/iperterico
 Ausculta: WV em ARA. s/NA vez
 Dentadura/prótese (inf/sup) (móvel/fixa): velox
 Dentes: ex
 Abertura da boca: Normal
 Perceço normal/curto
 Ilexão/extensão do pescoço
 Normal/limitada
 Mallampati: 2 - 3 - 4 distância externo/mento: 13,5 cm > 12,5

Hb% 15,9		Ht% 47,12		Anotar de preferência exames com < 01 ano	
Nar		K-		Exames Subsidiários - DATA 12/06/97	
Plaq.		TC-		Cr. 0187 Ur. 38	
Coagul.		Glic. 70		TSH	
RX torax (/ /)		TP 17,12		TPA = 23,4 An. Ref. = 702	
ECG (/ /)				TSH = 1,72	
Anamnese clínica					

RETORNOS: [] NÃO [] SIM Motivos: [] Exames complementares [] Encaminhado p/Clinica. Qual:

ASA

Digitized by srujanika@gmail.com

Se o paciente vive

1

684

<p>Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação do Ambulatório</p> <p>CONDUTA FINAL: DATA: ____/____/____</p> <p> <input type="checkbox"/> Liberado para cirurgia <input type="checkbox"/> Reavaliar na internação - motivo(s) <input type="checkbox"/> Reavaliar na SO - motivo(s) <input type="checkbox"/> NÃO LIBERADO P/CIRURGIA - motivo(s) </p>	
<p>PROBLEMAS GRAVES</p>	<p>MPA drogas/dose</p>

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: JOSEU FRANCISCO PEREIRA

Qualificação: Jurado

CPF/MF: 706.876.284-48 RG: 42.06.693-SSP/PB
Endereço: Álito Barros S/N Área Rural de
Alagoinha - PE CEP. 58390000

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, 20 de outubro de 2017.

Joséu Francisco Pereira
Outorgante

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.206.693 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/11/2013

NOME JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

FILIAÇÃO SEVERINO FRANCISCO PEREIRA
MARIA DAS NEVES ODILON DA SILVA

NATURALIDADE GUARABIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 05/04/1998

DOC ORIGEM NASC.N.16605 FLS.24V LIV.A17
CARTORIO ALAGOINHA PB

CPF 706.876.234-48 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



CÓDIGO DE CONTROLE
42D5.C0A6.5AA4.D943

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
as 09:56:32 do dia 19/11/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
706.876.234-48
Nome
JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

Nascimento
05/04/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CONFERIDO COM O ORIGINAL

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233445/18

Vítima: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA
CPF: 706.876.234-48

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 02/06/2017

Titular do CPF: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

JOSELIO FRANCISCO PEREIRA : 706.876.234-48

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2018
Nome: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA
CPF/CNPJ: 706.876.234-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2018
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

Sandra Maria Accioly Pedrosa



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SÍNISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221706 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Síntido ou ASL: **706876234.48** | Nome completo da vítima: **José Lúcio Francisco Pereira**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
José Lúcio Francisco Pereira	706876234-48	vagabundo
Endereço	Número	Complemento
Setor Barro de Fátima	SN	
Bairro	Estado	CEP
Área Rural	Pereira	58390000
Email	Telefone (DDD)	
	993360688	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR	SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	SINCRIFB
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
28 JUN. 2018			
CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO			
Nome			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
NRO	NRO	NRO	NRO
0042	60251	0042	60251
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura de sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CONFIRMO COM O ORIGINAL

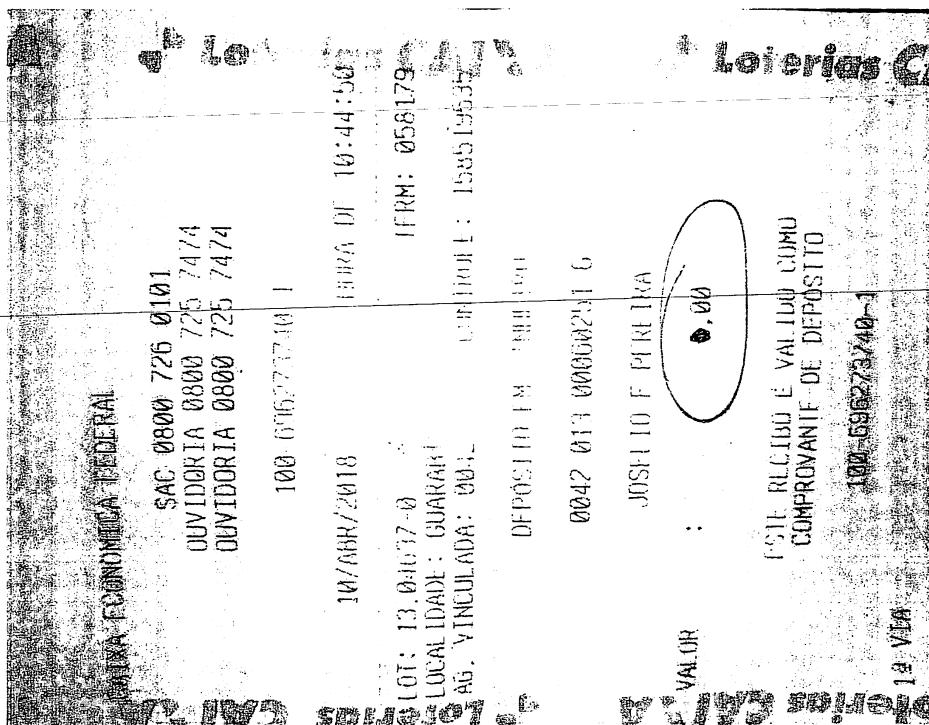
josé Lúcio 15 de **abril** de **2018**

Local e Data

José Lúcio Francisco Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CONFIRMO COMO ORIGINAL

SINCOR/PB
28/08/2018

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josélio Francisco Pereira,
RG nº 4206693, data de expedição 19/11/13, Órgão SSP/PB,

CPF nº 30687023448 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>lito Barros de Fátima</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Alagoainha</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58390000</u>
Telefone de Contato	<u>093360688</u>
E-mail	

SINCOR/PB
28 JUN. 2018

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: for Pensei, 15/04/18

Assinatura do Declarante: Josélio Francisco Pereira

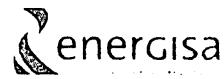
CONFERIDO COM O ORIGINAL

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é suscetível a multa

Impresso em 23/05/2018 - 10:45:00 - Número de Documento: N° 006 736 123



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
BR-230 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP:58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.023-0

DADOS DO CLIENTE

SEVERINO FRANCISCO PEREIRA
SIT BARRO S/N
ALAGOINHA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1548785-3

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAI/2018

18/05/2018

70

25/05/2018

R\$ 25,90

Acesse: www.energisa.com.br



SEVERINO FRANCISCO PEREIRA
Roteiro: 10-042-736-5000
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 23/05/2018

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA

25/05/2018

R\$ 26,90

1848785-2018-05-2

SINCOR/PB
28 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Josélio Francisco Pereira CPF da Vítima 706 876 234-48 Data do Acidente 03-06-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone .DDD

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:

SINCOR/PB

28 JUN 2018

Assinalar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 Lider 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Josélio Francisco Pereira , 15 de outubro de 2018

Local e Data

Josélio Francisco Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DESPACHO

Defiro o benefício da Justiça Gratuita requerida, considerando que as despesas processuais da presente ação comprometem os recursos financeiros do Autor.

Nos processos de DPVAT em que ocorrem lesão a vítima, a seguradora somente transige após a realização de perícia. Por tal razão, deixo de remeter, por hora, ao Centro de Conciliação Cível tendo em vista que tal providência neste momento processual será infrutífera.

Diante disso, determino que a parte promovida seja de logo citada, protraindo-se a aplicação do art. 334 do CPC para o momento em que for possível a realização de perícia na vítima ou em que haja algum mutirão realizado pelo NUPEMEC.

P.I.

João Pessoa, 18 de outubro de 2018.

Juiz GUSTAVO PROCÓPIO BANDEIRA DE MELO
2ª Vara Cível da Capital



**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
2ª Vara Cível da Capital**

PROCESSO Nº 0860267-92.2018.8.15.2001
PROCEDIMENTO COMUM (7)
[SEGURO]

AUTOR: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

MANDADO DE CITAÇÃO

De ordem do MM. Juiz de Direito da 2ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, CITE a parte promovida: BRADESCO SEGUROS S/A, Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 dias. Ficando advertido que, não sendo contestada a ação presumir-se-ão aceitos como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial cuja cópia segue em anexo.

JOÃO PESSOA, em 7 de fevereiro de 2019.

NATALICIO EVANGELISTA DOS SANTOS NETO

Analista Judiciário

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

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

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

XXXXXXXXXXXXXX

CERTIDÃO

Certifico que citei o Bradesco Seguros S/A através da gerente operacional Vanda Carmem Fabricio Wanderley. Na oportunidade, a mesma leu o mandado, lançou o seu ciente e recebeu a contrafé. Dou fé.

João Pessoa, 01/03/2019

Oficial de Justiça



ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
2ª Vara Cível da Capital

PROCESSO N° 0860267-92.2018.8.15.2001
PROCEDIMENTO COMUM (7)
[SEGURO]

AUTOR: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA
RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

MANDADO DE CITAÇÃO

De ordem do MM. Juiz de Direito da 2ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, CITE a parte promovida:

BRADESCO SEGUROS S/A, Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131

para, querendo, apresentar contestação no prazo de 15 dias. Ficando advertido que, não sendo contestada a ação presumir-se-ão aceitos como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial cuja cópia segue em anexo.

JOÃO PESSOA, em 7 de fevereiro de 2019.

NATALICIO EVANGELISTA DOS SANTOS NETO

Analista Judiciário

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: XXXXXXXXXXXXXXXX

Assinado eletronicamente por: NATALICIO EVANGELISTA DOS SANTOS NETO
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam
ID do documento: 19086199



1902071837005270000018572816

Vanda Carmem Flávio Wanderley
Gerente Operacional
8337/Sucursal João Pessoa - PB

Bradesco

-01-Mar-2019-10:20-1796:1-6/

1 de 1

Bradesco Auto Re Cia de Seguros.

26/02/2019 17:17