



Número: **0804839-77.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **12/03/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE EDILSON LIMA SILVA (AUTOR)	INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39149731	05/02/2021 15:41	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
39149733	05/02/2021 15:41	<a href="#"><u>2620303_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
39149735	05/02/2021 15:41	<a href="#"><u>2620303_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:41:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515411935200000037319338>  
Número do documento: 21020515411935200000037319338

Num. 39149731 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EDILSON LIMA SILVA

Nº Sinistro: 3180453171  
Vitima: JOSE EDILSON LIMA SILVA  
Data do Acidente: 29/04/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180453171**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13417888

Pag. 01199/01200 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020600



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:41:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515412070100000037319340>  
Número do documento: 21020515412070100000037319340

Num. 39149733 - Pág. 1

---

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EDILSON LIMA SILVA

Sinistro: 3180453171  
Vítima: JOSE EDILSON LIMA SILVA  
Data do Acidente: 29/04/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180453171** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EDILSON LIMA SILVA

Nº Sinistro: 3180453171  
Vitima: JOSE EDILSON LIMA SILVA  
Data do Acidente: 29/04/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180453171**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **29/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradolider.com.br](http://www.seguradolider.com.br), ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00781/00782 - carta\_04 - INVALIDEZ

00020391

Carta nº 13496341



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:41:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515412070100000037319340>  
Número do documento: 21020515412070100000037319340

Num. 39149733 - Pág. 3



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - 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 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 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.

**E 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 com 16 ou 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 Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	045 715 374-02	José Edilson Lima Silva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo José Edilson Lima Silva		CPF titular da conta 045 715 374-02	Profissão Recurso
Endereço Sítio Espinheiros		Número 57N	Complemento Zona Rural
Bairro	Cidade Guarapari	Estado PB	CEP 58123-000
Email joseedilson@hotmail.com		Telefone (DDD) (63) 99809-5108	

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.: 0737 C/N: 073 CONTA NRO.: 00025132 D/V: 0  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO.: \_\_\_\_\_ D/V: \_\_\_\_\_ CONTA NRO.: \_\_\_\_\_ D/V: \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

*Boa Vista, 10 de Agosto de 2018*  
Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

*X José Edilson Lima Silva*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO



**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**

Número do Sinistro: 3180453171  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Edilson Lima Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Espinheiro, S/N  
Zona Rural Boa Vista PB CEP: 58123-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 2536822  
Data local do acidente: [ 29/04/2018 ]  
Data local do exame: [ 15/10/2018 ] Campina Grande [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: OSTEOSINTSE DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO**

**Complicações: EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES**

**Data da Alta: 01/06/2018**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**PRESença DE CICATRIZ EM SUPERCILIO E, SEM DEFORMIDADES, OCCLUSÃO DA MANDIBULA NORMAL, ABERTURA E OCCLUSÃO DAS PALPEBRAIS NORMAIS.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**(X) Sim**      **( ) Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

**( ) Sim**      **(X) Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Caso a resposta do item V seja ““Não””, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º 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

**(X) "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):

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

  
Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM  
**Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues**  
CPF - 872.403.194-15  
CRM/PB - 5523

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:41:21  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515412070100000037319340  
Número do documento: 21020515412070100000037319340

Num. 39149733 - Pág. 5



## 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

José Edilson Lima Silva

CPF da Vítima

045.715.374-02

Data do Acidente

29/04/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

José Ramos de Araújo

CPF do Representante legal

408.289.644-71

E-mail

jmcramos16@outlook.com

Telefone (DDD)

(83) 99805-5108

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:

Assinatar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Boa Vista, 10 de Agosto de 2018  
Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

x-josé Edilson Lima Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO









# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.115-070 - CNPJ: 39.123.854/0001-07

PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
INFORME EST. NÚMERO:

8000-0000-0000-0000

69465903

N. 057

18693635

## NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

OTAVIO EMILIANO ALVES  
RUA VITAL F DA SILVA, 63 - IANDE - CENTRO QUEIMADAS  
PB 58475-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economas	Responsável
030.008.395.0350.000	000	0 0 0 0	

Hidrômetro /Data de Instalação, Localização /Situação Água/Situação Esgoto

LIGADO /POTENCIAL

Consta(n) em nossos registros pendência(s) de pagamento de conta anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeito(s) o imóvel a suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.  
Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas ligações de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
MAI/2018	08/06/2018	37,91			
JUN/2018	08/07/2018	38,82			

EMISSÃO: 27/07/2018 Total a Pagar: R\$ 76,73

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, José Romano de Araújo, inscrito (a) no CPF/CNPJ 408.289.644/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Edilson Lima Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.115.374/02, do sinistro de DPVAT cobertura Individual, da Vítima José Edilson Lima Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.115.374/02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento
Rua Vital Brazil/rua da Silva	63	1º andar
Centro	Estado	CEP
Quelimanas	PB	58475.000
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>josromau96@gmail.com</u>	<u>(33) 98822-4322</u>	<u>(33) 99805-5108</u>

Recife, dia 12 de Agosto de 2018  
Local e Data

José Romano de Araújo  
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Enivaldo Barbosa Lima, RG de nº 1.793.142-2 via data de expedição 17/12/2014 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 964.107.109-4191, com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de Paraíba, onde reside na Sitio Espírito Santo, Rua/Avenida/Estrada/sítio) nº 511, Bairro Zona Rural, 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 Jani Edilson Lima Silva cujo o condutor era Jani Edilson Lima Silva.

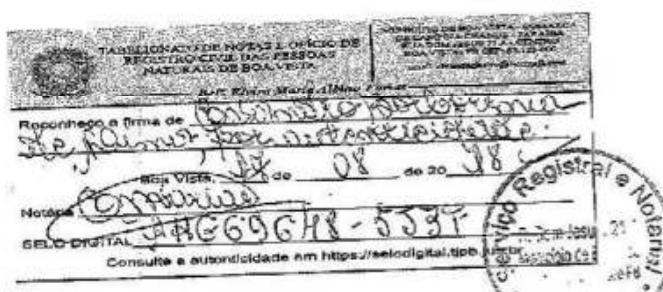
Veículo PAS/CG 150 TITA;  
Modelo Honda/CG 150 TITAN ESD;  
Ano 2015 / 2015;  
Placa QFJ 5836/PB;  
Chassi 9C2KC1650FR206177;  
Data do Acidente 29/04/2018;  
Local e Data 77 km Ponta 2018.

x Enivaldo Barbosa Lima

Assinatura do Declarante ( RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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

SABEMI SEGURADORA S/A  
27 SET 2018  
RECEBIDO





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

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Jane Edilene Bim		Bairro:	Bom Jardim	
End:	577 Centro		Documento de Identificação:		
Data de Nascimento:	13/04/82		Data do Atend.:	27/04/18	
Queixa:	Dor no peito		Hora:	17:21	
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		

### Classificação de Risco

Nível de consciência:	<input type="checkbox"/> Bom		<input type="checkbox"/> Regular		<input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto:	<input type="checkbox"/> Calmo		<input type="checkbox"/> Fáceis de dor		<input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:											
Pressão arterial:											
Dosagem de HGT:											
Deambulação:	<input type="checkbox"/> Livre		<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas		<input type="checkbox"/> Maca	Mucosas:	<input type="checkbox"/> Normocorada		<input type="checkbox"/> Pálida		

### Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

VERMELHA

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

1849.2.5mm to cont. 2nd page

Præcis som ved en pale i vigtigste betydning  
nævntes, som et af de  
CO. AGA der udvirket den  
sæde

*(P)*  
Mr. Jules Dales  
Cirurgico Club  
1933

U. All end  
Mendocino Co., Calif.

Dr. Fernando Portel  
Cirurgião e Traumatologista  
Bucosaxilofacial  
CEP 28.4420

1848  
Venerdì 18 aprile. Ho visitato il Teatro  
Comunale, ma non ho potuto farudere  
la scena solo spero di poterlo fare  
quando sarà finita la stagione. Il teatro  
è grande e magnifico, è ben fatto ed  
è stato ben costruito.

Dr. Rego - Dr. Góes  
Dr. Rego - Dr. Góes

Vila - 29/09/18 - Vida  
M. C. - Sítio Parque das Aguas

( ) Centro clínico \_\_\_\_\_  
 ( ) Internação (sector) \_\_\_\_\_  
 ( ) Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

Nome do Paciente	Nº Prontuário		
<i>José Edilson Lima Siqueira</i>	5644634		
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador <i>André Vaijel</i>	1º Auxiliar <i>Rogério Fernandes</i>		
2º Auxiliar <i>Adriano Ribeiro</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Geral</i>	Tipo de Anestesia <i>Geral</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura de corpo gigante (E)</i>			
Tipo de Operação <i>Cirurgia de redução e FTE de fractura</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>Fratura</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>Nenhuma</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Nenhuma</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Nenhuma</i>			

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

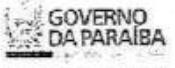
Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- ① Paciente sob anestesia geral com DOD
- ② Entalhe cirúrgico + apreensão do campo cirúrgico + temporização
- ③ Infiltrado anestésico e fibrinolítico
- ④ Afrouxo parcial da lámina maxilar + repositionamento
- ⑤ Exclusões da fratura em razão da filar zigomática e sutura frontozigomática
- ⑥ FTE (3 placas odont 5 furos 15 cm 4 parafusos; 1 placa paraf 4 furos 15 cm 4 parafusos - 2 unidirectionais)
- ⑦ Sutura óssea com SF 0.91
- ⑧ Redução com gancho da hérnia de fratura zigomática
- ⑨ Sutura por fios
- ⑩ Remoção da janela epiteringo

Drº André Vaijel Fernandes  
Cirurgia e Traumatologia  
Bucal-Maxilo-Facial  
CRO-PE 7371



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: José Edilson Lameira Sifre N° 13104182						 GOVERNO DA PARAÍBA SEGH/SAÚDE ESTADO DA PARAÍBA	
Qd.	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO			
	Salac5	S.U.S	36anos	1644555			
CIRURGIA			CIRURGIÃO				
Reduzit e fixar de Fratura do Zíoma			Dr. Andru				
ANESTESIA			ANESTESIA				
Dr. Júlianeti			Geral				
INSTRUMENTADORA	DATA	INICIO	FIM				
Roxana	15/10/18	08:00	10:10				
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	CÓDIGO	
	Adrenalinamp.		02	Calct. p/ Oxyg.	Calgut cromado Sertix		
	Atropina amp.			Catet. De Urinar Sist. Fech.	Calgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.		04	Compressa Grande -	Calgut cromado Sertix		
	Dimore amp.			Compressa Pequena	Calgut Simples		
	Dolantina amp.			Cotonoida	Calgut Simples Sertix		
	Ergane ml			Dreno	Calgut Simples Sertix		
	Fenacain amp.			Dreno Kerr 1"	Calgut Simples Sertix		
	Fentanyl ml			Dreno Penrose p"	Cera p/ osso		
	Inova ml			Dreno Pezzer n°	Ethibond		
	Ketalar ml			Equipo de Macrogotas	Ethibond		
	Mercaína % ml			Equipo de Macrogotas	Ethibond		
	Nubatin amp.			Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.		05	Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix		
	Protigmine amp			Escarzadapto Larco 5"	Fio de Algodão Sutupak		
	Pectoxido 1/m			Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak		
	Quaicin ml		05	Gese Pacote c/ 10 unidades	Fia cardíaca		
	Rapifen amp.			H2O ml	Mononylon 5.0		
	Thionembutal ml			Intracath Adulto	Mononylon		
	Tracri...m amp.			Intracath Infantil	Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		01	Lâmina de Bisturi nº 23	Prolene Sertix		
02	Água Desidratada amp.			Lâmina de Bisturi nº 11	Prolene Sertix		
01	Decadron amp.			Lâmina de Bisturi nº 15	Prolene Sertix		
02	Dipirona amp.		03	Luvas 7.0 "	Vicryl Sertix		
	Flexidol amp.		01	Luvas 7.5 "	Vicryl Sertix 5.0..		
	Febocortil amp.			Luvas 8.0	Vicryl Sertix		
	Gericinida amp.		05	Luvas 8.5 Povidol			
	Glicose amp.		05	Oxigênio /m			
	Glucos de Cálcio amp.			Potilix			
	Haemacol ml		05	PVPI Degamente ml			
	Heparina ml			PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS	
	Kanakinamp.			Sabão Antiséptico		SG Normotérmico 1r 500 ml	
	Lasix amp.		05	Saco coletor p/ leito		SG Galact 1r 500 ml	
	Medrothiazol.		01	Seringa cesc/10 ml		SG Hipertérmico 1r 500 ml	
	Plast. amp.		02	Seringa desc. 20 ml		SG Ring 1r 500 ml	
	Prolamina		01	Seringa desc. 05 ml	0.3	SG 1r 500 ml	
	Revivan amp.			Sonda			
	Stupitanor amp.			Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Cefazolina 2g			Sonda Nasogástrica			
02	Tenoctina			Sonda Urétral nº			
	MATERIAIS / SOLUÇÕES			Sterylcrem ml			
01	Aguha desc. 25x7 40x12			Tornelinha			
	Aguha desc. 28x28		02	Vaseline ml			
	Aguha desc. 3x4,5		05	Gecon 15			
	Aguha p/ faceta n°		05	Elastex	EQUIPAMENTOS		
05	Álcool de Enfumagagem		01	gol condutor	( ) Oxímetro de Pulso	( ) Foco Auxiliar	
	Álcool Iodado ml				( ) Serra	( ) Eletrocautério	
01	Atacuras de Crepon				( ) Desibrilador	(x) Oxicapnógrafo	
	Atacuras de Gessada				(x) Foco Engasta	(x) Cardiomonitor	
	Azul metileno amp.				( ) Fonte de Luz	( ) Perfurador Elétrico	

- Porangaba
- EQUIPAMENTOS
- Oxímetro de Pulso
  - Foco Auxiliar
  - Serra
  - Eletrocautério
  - Desibrilador
  - Oxicapnógrafo
  - Foco Engasta
  - Cardiomonitor
  - Fonte de Luz
  - Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSAVEL



Tecnologia e Qualidade a Serviço da Vida.

González e Cadena Com. E Serv. Ltda - CNPJ: 09.398.270/0001-77  
Av. Comendador Calço, 1178 - Poco - Maceió - AL - CEP: 57025-640  
[www.qualityhospitalar.com](http://www.qualityhospitalar.com) - E-mail: [quality.hospitalar@hotmail.com](mailto:quality.hospitalar@hotmail.com)  
Fone/fax: (82) 3223-2280 - 3313-8255 - 3313-8256

Paciente: José Edilson Júnior Siqueira Data da Cirurgia 15/10/2018  
Hospital: União Hospitalar e de Ensino Prontuário: 7645555  
Médico: DR. WILSON - DR. Gabriel Góis Convênio: SUS  
Procedimento: Ressecção laringea de fadiga Código Proc. 300740

Controle Cirúrgico 001748

## Introduction and

Circulante:  Médico: \_\_\_\_\_





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

## Evolução Psicológica

Nome: José Edilson Lima Silveira  
Setor: UMA - Neurológica Leito: 2-4

Data	Observação
03/05/18	Paciente encamado na cama; sentado, sente-se confortável; auto e alto conteúdo, humor elevado; fala espontânea; verbalizando sua dificuldade de levantar, novo soninho que o leva a deslocamento a situação clínica, expressão facial de ansiedade e memória encetada.
11/05/18	Paciente: segue rotina de quanto ao processo de hospitalização; Realizado exame de proctoscopia abdominal.
11/05/18	Paciente encamado na cama; sentado, sente-se confortável; fala espontânea; verbalizando sua dificuldade de levantar, novo soninho que o leva a deslocamento a situação clínica, expressão facial de ansiedade e memória encetada.
11/05/18	Paciente encamado na cama; sentado, sente-se confortável; fala espontânea; verbalizando sua dificuldade de levantar, novo soninho que o leva a deslocamento a situação clínica, expressão facial de ansiedade e memória encetada.

Assinatura: Ariane S. Vasconcelos  
PSICOLOGA - CRP: 13/5448  
Data: 11/05/18

11/05/18	Paciente encamado na cama; sentado, sente-se confortável; fala espontânea; verbalizando sua dificuldade de levantar, novo soninho que o leva a deslocamento a situação clínica, expressão facial de ansiedade e memória encetada.
11/05/18	Paciente encamado na cama; sentado, sente-se confortável; fala espontânea; verbalizando sua dificuldade de levantar, novo soninho que o leva a deslocamento a situação clínica, expressão facial de ansiedade e memória encetada.
11/05/18	Paciente encamado na cama; sentado, sente-se confortável; fala espontânea; verbalizando sua dificuldade de levantar, novo soninho que o leva a deslocamento a situação clínica, expressão facial de ansiedade e memória encetada.
11/05/18	Paciente encamado na cama; sentado, sente-se confortável; fala espontânea; verbalizando sua dificuldade de levantar, novo soninho que o leva a deslocamento a situação clínica, expressão facial de ansiedade e memória encetada.
11/05/18	Paciente encamado na cama; sentado, sente-se confortável; fala espontânea; verbalizando sua dificuldade de levantar, novo soninho que o leva a deslocamento a situação clínica, expressão facial de ansiedade e memória encetada.

Assinatura: Ariane S. Vasconcelos  
PSICOLOGA - CRP: 13/5448

Data: 11/05/18







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

Diagnóstico



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

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

**Diagnóstico**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	1010	1011	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018	1019	1010	1011	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018	1019	1020	1021	1022	1023	1024	1025	1026	1027	1028	1029	1020	1021	1022	1023	1024	1025	1026	1027	1028	1029	1030	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1039	1030	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1039	1040	1041	1042	1043	1044	1045	1046	1047	1048	1049	1040	1041	1042	1043	1044	1045	1046	1047	1048	1049	1050	1051	1052	1053	1054	1055	1056	1057	1058	1059	1050	1051	1052	1053	1054	1055	1056	1057	1058	1059	1060	1061	1062	1063	1064	1065	1066	1067	1068	1069	1060	1061	1062	1063	1064	10



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO:**

**Diagnóstico**

Jail. M. Moreira E.

Paciente	Nome	Apelido	Número	Leito	2-4	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário			Evolução Médica	
20/05/2021	Urgente, tímico	10:00			10:00-21:00	
21/05/2021	Exame laboratorial	10:00			10:00-21:00	
22/05/2021	Sintomas	10:00			10:00-21:00	
23/05/2021						
24/05/2021						
25/05/2021						
26/05/2021						
27/05/2021						
28/05/2021						
29/05/2021						
30/05/2021						
31/05/2021						
01/06/2021						
02/06/2021						
03/06/2021						
04/06/2021						
05/06/2021						
06/06/2021						
07/06/2021						
08/06/2021						
09/06/2021						
10/06/2021						
11/06/2021						
12/06/2021						
13/06/2021						
14/06/2021						
15/06/2021						
16/06/2021						
17/06/2021						
18/06/2021						
19/06/2021						
20/06/2021						
21/06/2021						
22/06/2021						
23/06/2021						
24/06/2021						
25/06/2021						
26/06/2021						
27/06/2021						
28/06/2021						
29/06/2021						
30/06/2021						
31/06/2021						
01/07/2021						
02/07/2021						
03/07/2021						
04/07/2021						
05/07/2021						
06/07/2021						
07/07/2021						
08/07/2021						
09/07/2021						
10/07/2021						
11/07/2021						
12/07/2021						
13/07/2021						
14/07/2021						
15/07/2021						
16/07/2021						
17/07/2021						
18/07/2021						
19/07/2021						
20/07/2021						
21/07/2021						
22/07/2021						
23/07/2021						
24/07/2021						
25/07/2021						
26/07/2021						
27/07/2021						
28/07/2021						
29/07/2021						
30/07/2021						
31/07/2021						
01/08/2021						
02/08/2021						
03/08/2021						
04/08/2021						
05/08/2021						
06/08/2021						
07/08/2021						
08/08/2021						
09/08/2021						
10/08/2021						
11/08/2021						
12/08/2021						
13/08/2021						
14/08/2021						
15/08/2021						
16/08/2021						
17/08/2021						
18/08/2021						
19/08/2021						
20/08/2021						
21/08/2021						
22/08/2021						
23/08/2021						
24/08/2021						
25/08/2021						
26/08/2021						
27/08/2021						
28/08/2021						
29/08/2021						
30/08/2021						
31/08/2021						
01/09/2021						
02/09/2021						
03/09/2021						
04/09/2021						
05/09/2021						
06/09/2021						
07/09/2021						
08/09/2021						
09/09/2021						
10/09/2021						
11/09/2021						
12/09/2021						
13/09/2021						
14/09/2021						
15/09/2021						
16/09/2021						
17/09/2021						
18/09/2021						
19/09/2021						
20/09/2021						
21/09/2021						
22/09/2021						
23/09/2021						
24/09/2021						
25/09/2021						
26/09/2021						
27/09/2021						
28/09/2021						
29/09/2021						
30/09/2021						
31/09/2021						
01/10/2021						
02/10/2021						
03/10/2021						
04/10/2021						
05/10/2021						
06/10/2021						
07/10/2021						
08/10/2021						
09/10/2021						
10/10/2021						
11/10/2021						
12/10/2021						
13/10/2021						
14/10/2021						
15/10/2021						
16/10/2021						
17/10/2021						
18/10/2021						
19/10/2021						
20/10/2021						
21/10/2021						
22/10/2021						
23/10/2021						
24/10/2021						
25/10/2021						
26/10/2021						
27/10/2021						
28/10/2021						
29/10/2021						
30/10/2021						
31/10/2021						
01/11/2021						
02/11/2021						
03/11/2021						
04/11/2021						
05/11/2021						
06/11/2021						
07/11/2021						
08/11/2021						
09/11/2021						
10/11/2021						
11/11/2021						
12/11/2021						
13/11/2021						
14/11/2021						
15/11/2021						
16/11/2021						
17/11/2021						
18/11/2021						
19/11/2021						
20/11/2021						
21/11/2021						
22/11/2021						
23/11/2021						
24/11/2021						
25/11/2021						
26/11/2021						
27/11/2021						
28/11/2021						
29/11/2021						
30/11/2021						
31/11/2021						
01/12/2021						
02/12/2021						
03/12/2021						
04/12/2021						
05/12/2021						
06/12/2021						
07/12/2021						
08/12/2021						
09/12/2021						
10/12/2021						
11/12/2021						
12/12/2021						
13/12/2021						
14/12/2021						
15/12/2021						
16/12/2021						
17/12/2021						
18/12/2021						
19/12/2021						
20/12/2021						
21/12/2021						
22/12/2021						
23/12/2021						
24/12/2021						
25/12/2021						
26/12/2021						
27/12/2021						
28/12/2021						
29/12/2021						
30/12/2021						
31/12/2021						
01/01/2022						
02/01/2022						
03/01/2022						
04/01/2022						
05/01/2022						
06/01/2022						
07/01/2022						
08/01/2022						
09/01/2022						
10/01/2022						
11/01/2022						
12/01/2022						
13/01/2022						
14/01/2022						



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

0<sup>c</sup>  
0<sub>b</sub>

Diagnóstico

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**





GOVERNO  
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO





**SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDESS**

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



GOVERNO  
DA PARAÍBA

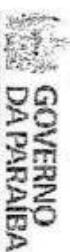
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:41:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102051541207010000037319340>  
Número do documento: 2102051541207010000037319340

Num. 39149733 - Pág. 26



SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

### Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

1001

Paciente	<i>Mr. John Smith</i>
Alojamiento	<i>Hotel Royal</i>
Léito	<i>Convenio</i>

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
01/03/19	C. Vida. 500mg C. S. 200mg c/ 120ml C. Zinco 400 mg C. Difazitacina 1mg c/ 10ml C. Sennal 400 mg c/ 10ml C. Bucal 600	15h 15h 15h 15h 15h 15h	Exame Exame com o medicamento feito, não existe nenhuma alteração. Exame com o medicamento feito, não existe nenhuma alteração. Exame com o medicamento feito, não existe nenhuma alteração. Exame com o medicamento feito, não existe nenhuma alteração.
02/03/19	Teste Fisiológico dos Sintomas Sintetico Resistência em fisiológico GROPE 6001	15h	Teste fisiológico dos sintomas sintetico Resistência em fisiológico GROPE 6001
03/03/19			
04/03/19			
05/03/19			
06/03/19			
07/03/19			
08/03/19			
09/03/19			
10/03/19			
11/03/19			
12/03/19			
13/03/19			
14/03/19			
15/03/19			
16/03/19			
17/03/19			
18/03/19			
19/03/19			
20/03/19			
21/03/19			
22/03/19			
23/03/19			
24/03/19			
25/03/19			
26/03/19			
27/03/19			
28/03/19			
29/03/19			
30/03/19			
31/03/19			
01/04/19			
02/04/19			
03/04/19			
04/04/19			
05/04/19			
06/04/19			
07/04/19			
08/04/19			
09/04/19			
10/04/19			
11/04/19			
12/04/19			
13/04/19			
14/04/19			
15/04/19			
16/04/19			
17/04/19			
18/04/19			
19/04/19			
20/04/19			
21/04/19			
22/04/19			
23/04/19			
24/04/19			
25/04/19			
26/04/19			
27/04/19			
28/04/19			
29/04/19			
30/04/19			
31/04/19			
01/05/19			
02/05/19			
03/05/19			
04/05/19			
05/05/19			
06/05/19			
07/05/19			
08/05/19			
09/05/19			
10/05/19			
11/05/19			
12/05/19			
13/05/19			
14/05/19			
15/05/19			
16/05/19			
17/05/19			
18/05/19			
19/05/19			
20/05/19			
21/05/19			
22/05/19			
23/05/19			
24/05/19			
25/05/19			
26/05/19			
27/05/19			
28/05/19			
29/05/19			
30/05/19			
31/05/19			
01/06/19			
02/06/19			
03/06/19			
04/06/19			
05/06/19			
06/06/19			
07/06/19			
08/06/19			
09/06/19			
10/06/19			
11/06/19			
12/06/19			
13/06/19			
14/06/19			
15/06/19			
16/06/19			
17/06/19			
18/06/19			
19/06/19			
20/06/19			
21/06/19			
22/06/19			
23/06/19			
24/06/19			
25/06/19			
26/06/19			
27/06/19			
28/06/19			
29/06/19			
30/06/19			
31/06/19			
01/07/19			
02/07/19			
03/07/19			
04/07/19			
05/07/19			
06/07/19			
07/07/19			
08/07/19			
09/07/19			
10/07/19			
11/07/19			
12/07/19			
13/07/19			
14/07/19			
15/07/19			
16/07/19			
17/07/19			
18/07/19			
19/07/19			
20/07/19			
21/07/19			
22/07/19			
23/07/19			
24/07/19			
25/07/19			
26/07/19			
27/07/19			
28/07/19			
29/07/19			
30/07/19			
31/07/19			
01/08/19			
02/08/19			
03/08/19			
04/08/19			
05/08/19			
06/08/19			
07/08/19			
08/08/19			
09/08/19			
10/08/19			
11/08/19			
12/08/19			
13/08/19			
14/08/19			
15/08/19			
16/08/19			
17/08/19			
18/08/19			
19/08/19			
20/08/19			
21/08/19			
22/08/19			
23/08/19			
24/08/19			
25/08/19			
26/08/19			
27/08/19			
28/08/19			
29/08/19			
30/08/19			
31/08/19			
01/09/19			
02/09/19			
03/09/19			
04/09/19			
05/09/19			
06/09/19			
07/09/19			
08/09/19			
09/09/19			
10/09/19			
11/09/19			
12/09/19			
13/09/19			
14/09/19			
15/09/19			
16/09/19			
17/09/19			
18/09/19			
19/09/19			
20/09/19			
21/09/19			
22/09/19			
23/09/19			
24/09/19			
25/09/19			
26/09/19			
27/09/19			
28/09/19			
29/09/19			
30/09/19			
31/09/19			
01/10/19			
02/10/19			
03/10/19			
04/10/19			
05/10/19			
06/10/19			
07/10/19			
08/10/19			
09/10/19			
10/10/19			
11/10/19			
12/10/19			
13/10/19			
14/10/19			
15/10/19			
16/10/19			
17/10/19			
18/10/19			
19/10/19			
20/10/19			
21/10/19			
22/10/19			
23/10/19			
24/10/19			
25/10/19			
26/10/19			
27/10/19			
28/10/19			
29/10/19			
30/10/19			
31/10/19			
01/11/19			
02/11/19			
03/11/19			
04/11/19			
05/11/19			
06/11/19			
07/11/19			
08/11/19			
09/11/19			
10/11/19			
11/11/19			
12/11/19			
13/11/19			
14/11/19			
15/11/19			
16/11/19			
17/11/19			
18/11/19			
19/11/19			
20/11/19			
21/11/19			
22/11/19			
23/11/19			
24/11/19			
25/11/19			
26/11/19			
27/11/19			
28/11/19			
29/11/19			
30/11/19			
31/11/19			
01/12/19			
02/12/19			
03/12/19			
04/12/19			
05/12/19			
06/12/19			
07/12/19			
08/12/19			
09/12/19			
10/12/19			
11/12/19			
12/12/19			
13/12/19			
14/12/19			
15/12/19			
16/12/19			
17/12/19			
18/12/19			
19/12/19			
20/12/19			
21/12/19			
22/12/19			
23/12/19			
24/12/19			
25/12/19			
26/12/19			
27/12/19			
28/12/19			
29/12/19			
30/12/19			
31/12/19			
01/01/20			
02/01/20			
03/01/20			
04/01/20			
05/01/20			
06/01/20			
07/01/20			
08/01/20			
09/01/20			
10/01/20			
11/01/20			
12/01/20			
13/01/20			
14/01/20			
15/01/20			
16/01/20			
17/01/20			
18/01/20			
19/01/20			
20/01/20			
21/01/20			
22/01/20			
23/01/20			
24/01/20			
25/01/20			
26/01/20			
27/01/20			
28/01/20			
29/01/20			
30/01/20			
31/01/20			
01/02/20			
02/02/20			
03/02/20			
04/02/20			
05/02/20			
06/02/20			
07/02/20			
08/02/20			
09/02/20			
10/02/20			
11/02/20			
12/02/20			
13/02/20			
14/02/20			
15/02/20			
16/02/20			
17/02/20			
18/02/20			
19/02/20			
20/02/20			
21/02/20			
22/02/20			
23/02/20			
24/02/20			
25/02/20			
26/02/20			
27/02/20			
28/02/20			
29/02/20			
30/02/20			
31/02/20			
01/03/20			
02/03/20			
03/03/20			
04/03/20			
05/03/20			
06/03/20			
07/03/20			
08/03/20			
09/03/20			
10/03/20			
11/03/20			
12/03/20			
13/03/20			
14/03/20			
15/03/20			
16/03/20			
17/03/20			
18/03/20			
19/03/20			
20/03/20			
21/03/20			
22/03/20			
23/03/20			
24/03/20			
25/03/20			
26/03/20			
27/03/20			
28/03/20			
29/03/20			
30/03/20			
31/03/20			
01/04/20			
02/04/20			
03/04/20			
04/04/20			
05/04/20	</td		





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

RESUMO DE ALTA  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

NOME:	José Edson Lima Silveira	DN:	12.07.1502	PRONT. N°:	1677555
NATURALIDADE:		PROCEDÊNCIA:			
ADMISSÃO:	29-09-2018	ALTA:	16-05-2019		

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

Fratura de face por acidente de moto  
Fratura óssea em tico

2. Resultado dos principais exames

Fratura do complexo zygomatico

3. Evolução e complicações

N/DN

4. Terapêutica realizada

- Medicinação
- Redução da Fratura
- Fixação da Fratura com 2 placas 1.5 + 2 parafusos

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

Fratura

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

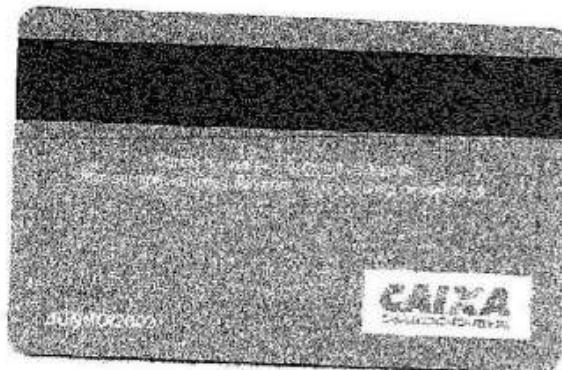
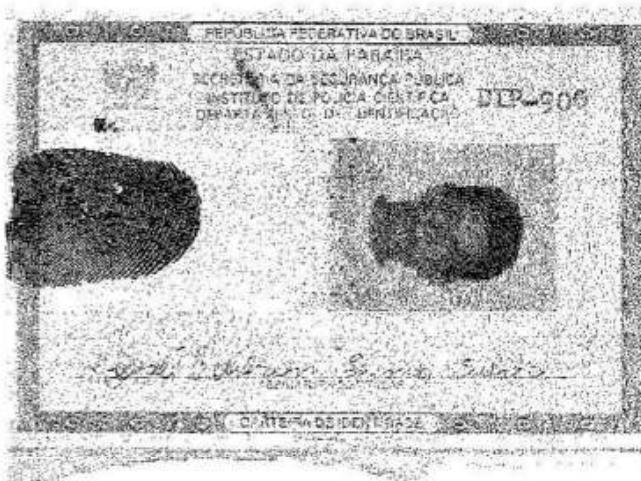
- Revisão definitiva
- Remoção da sutura após 07 dias
- Monitorização 10
- Cirurgia - 7.9.2019
- Retorno programado em 10 dias

7. Condições de alta

- Curado     A pedido     Óbito     Melhorado     Inalterado
- Transferido para: \_\_\_\_\_

Reginaldo Fernandes  
Cirurgião Dentista  
CRD/RN 5194



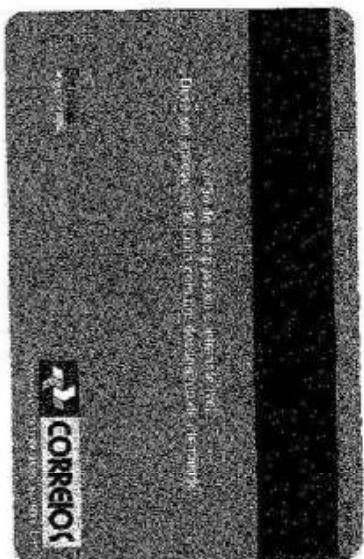




CONTRAN		GENTRAN	
<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> <b>MÍNISTÉRIO DAS FEDERAÇÕES</b>			
		N.º 0115453780B3	
DETRAN - PB		966 01124051	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO			
PBT 201501000546-5		00/00000000	
<b>EVANIRRO BORGES DE LIMA</b> <b>RUA PROFESSOR S. J. A.</b> <b>CENTRO</b> <b>58123000 BOA VISTA PB</b>			
<b>9601110947</b>   QP 05035/PB			
<b>CBM MOTOCICLÓTIQUES LTDA</b> <b>NOVO PR</b>   9C2KC1650FZ06171		<b>ARCO VERDE</b> <b>HONDA CG 150 TITAN ESD</b>	
<b>2015/2016 /G1</b>   PART		<b>VERMELHA</b>	
<b>A.F ADM DE CONCEIÇÃO HONDA ITUM</b>			
<b>N.Motor : KC16E5F20611</b>   0			
<b>BOA VISTA - PB</b> <b>33375</b>		<b>29/05/2015</b> <b>33553</b>	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		011545378023	
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E DE PAGAMENTO DE VEÍCULO		PB N° 011545378023 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VIA	COD. SENAI	PLACO	EXERCÍCIO
1	0105076734-6	09/000000000	2015
EVANDRO BORBOREMA DE LIMA			
96401109491		OJ5835/PB	
NOVO	PB	3C2KC1650FR206171	2015 29/05/2015
PAS/MOTOCICLETA/APLIC		ALCO/GASOL	
HONDA/CG 150 TITAN ESD		2015	2015
2	0/149 /CI	PARTIC	VERMELHA
IPVA 2015 EM 28/05/2015		VALOR/COTAS	
P	V	PARCELAGEMTO/COTAS	
		2	
		38	
PRÊMIO TAPIFÁRIO		SABEMI SEGURADORA S/A	
CUSTO DO BILHETE R\$ 0,00		CUSTO DO PRIMO SERVIÇO R\$ 0,00	
***** = SEGURO PAGO 28/05/2015		***** = PAGO 27 SET. 2018	
A.F ADM DR. CONCILACION HONDA LTDA		SOCIADADA FED. POUAT RECEBIDO	





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:41:21  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pj/e/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515412070100000037319340>  
Número do documento: 21020515412070100000037319340

Num. 39149733 - Pág. 32



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:41:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515412070100000037319340>  
Número do documento: 21020515412070100000037319340

Num. 39149733 - Pág. 33

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180453171      **Cidade:** Cabaceiras      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDILSON LIMA SILVA      **Data do acidente:** 29/04/2018      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180453171      **Cidade:** Cabaceiras      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDILSON LIMA SILVA      **Data do acidente:** 29/04/2018      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** Paula Dias Carneiro

**CRM:** 52730980

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180453171      **Cidade:** Cabaceiras      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDILSON LIMA SILVA      **Data do acidente:** 29/04/2018      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO

**Descrição do exame** PRESENÇA DE CICATRIZ EM SUPERCILIO E, SEM DEFORMIDADES, OCLUSÃO DA MANDIBULA NORMAL, ABERTURA E  
**médico pericial:** OCLUSÃO DAS PALPEBRAZ NORMAIS.

**Resultados terapêuticos:** EXCELENTE CONSOLIDAÇÃO SEM DEFORMIDADES APARENTEZ NA FACE

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 15/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Schubert Luigi Costa Rodrigues

**CRM do médico:** 5523

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180453171      **Cidade:** Cabaceiras      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDILSON LIMA SILVA      **Data do acidente:** 29/04/2018      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO

**Descrição do exame** PRESENÇA DE CICATRIZ EM SUPERCILIO E, SEM DEFORMIDADES, OCLUSÃO DA MANDIBULA NORMAL, ABERTURA E  
**médico pericial:** OCLUSÃO DAS PALPEBRAIS NORMAIS.

**Resultados terapêuticos:** EXCELENTE CONSOLIDAÇÃO SEM DEFORMIDADES APARENTEIS NA FACE

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 15/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Schubert Luigi Costa Rodrigues

**CRM do médico:** 5523

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:41:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515412070100000037319340>  
Número do documento: 21020515412070100000037319340

Num. 39149733 - Pág. 37

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180453171      **Cidade:** Cabaceiras      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE EDILSON LIMA SILVA      **Data do acidente:** 29/04/2018      **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO

**Descrição do exame** PRESENÇA DE CICATRIZ EM SUPERCILIO E, SEM DEFORMIDADES, OCLUSÃO DA MANDIBULA NORMAL, ABERTURA E  
**médico pericial:** OCLUSÃO DAS PALPEBRAZ NORMAIS.

**Resultados terapêuticos:** EXCELENTE CONSOLIDAÇÃO SEM DEFORMIDADES APARENTEZ NA FACE

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data da perícia:** 15/10/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Schubert Luigi Costa Rodrigues

**CRM do médico:** 5523

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### BENEFICIARIO/VITIMA

Nome: José Edilson Lima Silva  
Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: União Estável  
Identidade: 2.632.822 CPF: 045.115.374-02  
Endereço: Sítio Espinhoso N°: S/N  
Bairro: Zona Rural Cidade: Boa Vista Est: Panamá

### PROCURADOR:

Nome: José Ramos de Araújo Profissão: Téc. Em Radiologia

Nacionalidade: brasileira Est. Civil: Divorciado

Identidade: 718.406 SSP-PB CPF: 408.289.644-91

Endereço: Rua Vital Francisco da Silva N° 63 1º andar Centro Queimadas - PB

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Credito de indenização de sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo ainda, requerer o prontuário medico, juntão a qualquer hospital. Para tanto requerer o que necessario for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da Vitima: José Edilson Lima Silva



27 de Agosto de 2018

Loca e Data

José Edilson Lima Silva

Assinatura do Beneficiario/Vitima

(reconhecer firma por autenticidade)

SABEMI SEGURADORA S/A  
27 SET 2018  
RECEBIDO

TAMBÉM CONHECIDA COMO OFICIO DE  
REGISTRO CIVIL DA ESTADO  
NATUAIS DE BOA VISTA  
P.R. 27/09/2018  
Reconheço a firma do José Edilson Lima Silva  
Silvano, José Andrade  
Boa Vista, dia 08 de 2018  
Notariale

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0356421/18

**Vítima:** JOSE EDILSON LIMA SILVA

**CPF:** 045.115.374-02

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/04/2018

**Titular do CPF:** JOSE EDILSON LIMA SILVA

**Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### JOSE RAMOS DE ARAUJO : 408.289.644-91

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

#### JOSE EDILSON LIMA SILVA : 045.115.374-02

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](http://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: 27/09/2018  
Nome: JOSE EDILSON LIMA SILVA  
CPF: 045.115.374-02

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2018  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

JOSE EDILSON LIMA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:41:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515412070100000037319340>  
Número do documento: 21020515412070100000037319340

Num. 39149733 - Pág. 40



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB - SEÇÃO -**

**Processo: 08048397720198150001**

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

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

**PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.**

**Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaoportoadvvass.com.br](http://www.joaoportoadvvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:41:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515412181100000037319342>  
Número do documento: 21020515412181100000037319342

Num. 39149735 - Pág. 1

na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 3 de fevereiro de 2021.

JOÃO BARBOSA  
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES  
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 15:41:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020515412181100000037319342>  
Número do documento: 21020515412181100000037319342

Num. 39149735 - Pág. 2