



05/02/2021

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	Petição	Petição
39149733	05/02/2021 15:41	2620303_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
39149735	05/02/2021 15:41	2620303_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EDILSON LIMA SILVA

Nº Sinistro: 3180453171

Vítima: 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



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** 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

Pag. 01809/01810 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13440373



Rio de Janeiro, 19 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EDILSON LIMA SILVA

Nº Sinistro: 3180453171

Vítima: 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.seguradoralider.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



Carta nº 13496341





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.

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 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 045 715 374-02	Nome completo da vítima 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 Recusado
Endereço Sítio Espinheira	Número 574	Complemento Casa
Bairro	Cidade Gurjão	Estado PB
Email joseedilsonl@gmail.com	CEP 58123-000	Telefone (DDD) (83) 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
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRQ. 0737	DV 073	CONTA NRQ. 00025132	DV 0
(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.

Bogotá, 10 de Agosto de 2018
Local e Data

José Edilson Lima Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO



**Lauda 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: OSTEOSINTESE 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, OCLUSÃO DA MANDIBULA NORMAL, ABERTURA E OCLUSÃO DAS PALPEBRAS 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) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
CPF - 872.403.194-15
CRM/PB - 5523





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 interdita 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

JOSE EDILSON LIMA SILVA

CPF da Vítima

045.115.374-02

Data do Acidente

29/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

JOSE RAMOS DE ARAUJO

CPF do Representante Legal

409.289.644-71

Email

jramos16@outlook.com

Telefone (DDD)

(33) 99805-5108

Dedaro, 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:

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 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.

Dedaro 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

Jose Edilson Lima Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO





ENERGIA INTEGRADA E DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S/A
 Avenida 1801/2018 - Referência Jm/3016 - 88250-000 - Rio de Janeiro - Rio Grande, RJ - CEP: 88250-000
 Casserreses RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO - CNPJ: 08.929.598/0001-95 - Tel: 16.000.888-1
 Roteiro 8-406-620-6610 - IP: 192.168.1.1

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica 17060 100.910
Cód. para Déb. Informação: 0001000123

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAR
Jan / 2018	16/01/2018	15/02/2018	99867295491

UC (Unidade Consumidora): 4/108612-3

Canal de contato

- Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no Facebook, no Twitter e no E-mail (Twitter @Gymnasty's), sempre que precisar de gente. Queremos estar sempre lá com você!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/12/17	24819	05/01/18	25005	1	0	91
Demonstrativo						
001 - Delineia		Quantidade Total	Valor bruto de AC	Valor de AC	Valor de AC	Consumo
		(Medida Total) 10.000 1.000	Por cliente 2.000 0,20			
001 - Consumo em kWh		100 kWh a 100,00	1.000,00	24	24,00	0,24
001 - Acab. B. Vermeil			0,00	0,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007 - CONTR. LUM. PÚBLICA		11,76	0,00	0	0,00	0,00
0004 - JUROS CEN. NORA 10/2017		2,80	0,00	0	0,00	0,00
0004 - JUROS CEN. NORA 11/2017		1,80	0,00	0	0,00	0,00
0005 - MULTA 10/2017		2,30	0,00	0	0,00	0,00
0135 - MULTA 11/2017		1,42	0,00	0	0,00	0,00
0105 - ATUALIZAÇÃO MONETARIA 10/2017		1,42	0,00	0	0,00	0,00
0005 - ATUALIZAÇÃO MONETARIA 11/2017		1,20	0,00	0	0,00	0,00

DOI Código de Clasificación, de 00 item	10194	12,71	103,43	27,92	103,43	0,59	0,59
---	-------	-------	--------	-------	--------	------	------

Media (últimos meses (06m))	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
105	23/01/2018	R\$ 127,71

Histórico de Consumo (kWh)												
140	134	145	125	182	152	116	198	202	174			106
Jun/17	Jul/17	Ago/17	Sep/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18

50d1.00f3.5b68 fb30.1903.a2d2.1722.884a

Indicadores de Qualidade			Comentários de Controle		
	Limites da ANEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Valor (dB)	%
C.C. ANEL		0,00			
C.C. TRANSM. DE TRANSM.	20,39		NOMINAL	0,72	20,34
C.C. ANEL	41,78			1,58	41,69
C.C. TRANSM.	63,17	0,60	LIMIT INFERIOR	2,22	2,85
C.C. TRANSM.	10,79		LIMIT INFERIOR	8,43	8,43
C.C. ANEL	20,39		LIMIT SUPERIOR	1,70	44,97
C.C. TRANSM.	41,78	0,63		1,03	41,67
C.C. TRANSM.	10,60				
C.C. TRANSM.	10,60				
TOTAL				6,71	100,00

www.burmeselibrary.com 11/2017: 05:27

ATENÇÃO

HEAVYWEIGHTS DE VENTILADOR: Cava de Sant Joan de les Vinyes (1998) e L'Alcornoque (2000) para o mesmo cliente, a fim de melhorar a qualidade dos produtos. A partir de 2001, conforme Regulamento 14-14 da ANEP, o pagamento entre essas duas entidades passou a possuir caráter de simples supressão de um elemento, ou seja, mesmo não sendo mais utilizado, não é mais pago e não gera mais custos para a entidade beneficiária.

Faturas em atraso
Dez/17 122,90

SABEMI SEGURODORA S/A

27 SET 2018

RECIBIDO



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. 8



CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 20.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
ENFOME ESTE NÚMERO

09465908

N. 057

18693835

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS

OTAVIO EMILIANO ALVES
RUA VITAL F DA SILVA, 63 - 1AND - CENTRO QUEIMADAS
PB 58475-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Franco	Sanitário	Chuveiro	Outros	
010.008.395.0350.900	000	1	0	0	0	

Hidrómetro 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, esta(s) pendência(s) sujeita(n) 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 linhas de atendimento ou pela central telefônica de atendimento (115), gratuitamente.

REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF.	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
MAR/2018	02/06/2018	37,91			
JUN/2018	05/07/2018	35,82			

REMISSÃO: 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, José Romar da Araújo inscrito (a) no CPF/CNPJ 408289644 / 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Edilson Lima Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.115374 / 02 do sinistro de DPVAT cobertura Transmissão da Vítima José Edilson Lima Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 045.115374 / 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
<u>Rua Vital Francisco da Silva</u>		<u>63</u>	<u>12 andar</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Queimadas</u>	<u>PB</u>	<u>58475-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>romarajpb@outlook.com</u>	<u>(33) 988224322</u>	<u>(33) 988055108</u>	

Queimadas de Agosto de 2018
Local e Data

José Romar da Araújo
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Elvinda Barbosinha de Lima RG de nº 1.797.142-23 via data de expedição 17/12/2014 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 964.1077.1094/91, com domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de Pernambuco, onde reside na () Rua/Avenida/Estrada/sítio) Sítio Engenheiro, nº 51N, 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 José Edilson Lima Silva cujo o condutor era José Edilson Lima Silva.

Veículo PAS/CG 150 TITA;

Modelo Honda /CG 150 TITAN BSD

Ano 2015 / 2015;

Placa QFJ 5835/PB;

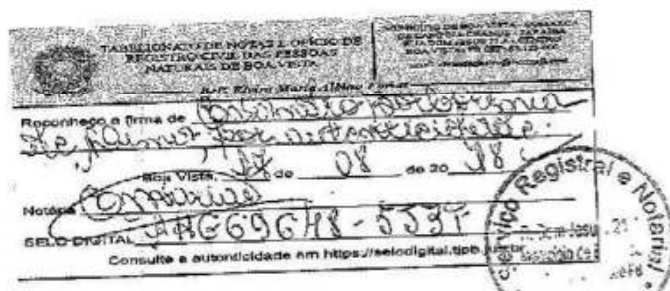
Chassi 9C2KC1650FR 206 177;

Data do Acidente 29/04/2018;

Local e Data 77 de Asenta 2018;

x Elvinda Barbosinha de Lima
Assinatura do Declarante (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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



Ficha de Acolhimento

Nome:	Jorge Edilson Lima Silva			Bairro:	Barro Verde
End:	57 Capim Fino			Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	13.04.82			Data do Atend.:	29.04.18
Queixa:	ad. mto			Hora:	17h25
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não		Documento:	

Classificação de Risco

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

Estratificação

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

Assinatura e carimbo do profissional



18425miv H.C.G.F. 29.0448

It was the second time the first E. coli sample was found.

Dr. João Sales Lima
CURADOR CUBA 20-33

1845

Baron von der Münselshöhe. April 10 1861

CONVULSIVE AND TETANIC. Dr. Wilson in the

No expor tanto copiarlo puesto otro reserban los que
sean necesarios y lo que se acordare + licencia del publicador
No debe imprimirse en esta fabrica de Zamora E.

CD: *Discreta*

② Appleton Press N.Y. for. unknown
③ Appleton Press N.Y. for. unknown

DESTINO DO PACIENTE / às hs

(Centro clínico

() Indeterminação (sector)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

(alta hospitalar / (alta revelta

\ 1 Decisão Médica

Jobbio

Ass. do paciente ou responsável, quando necessário,

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

10ADE

Ukrainian - 30/04/18 - 09:07

[illegible]

But - however 2130 - 1c Fuel
or 3000 I cannot do (C)

Dr. Alfredo D. ...
Neurocirujano
C.A. 11-2019-051-444-94-56

Dr. Fernando Portes
Cirurgião e Traumatologista
Bucomaxilofacial
CRQ-1PB 4420

col. - Ob. Para 17th
Panel

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <i>Edilson Lima Silva</i>		IDADE	SEXO	COR
Nº: <i>50518</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO DE ANESTESIA	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
	URINA					
AP. RESPIRATÓRIO				ASMA		STENOCARTE
AP. CIRCULATÓRIO				ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL		ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA		HIPOTENSORES
DIAGNÓSTICO: <i>Fratura do zygomatic</i>				ESTADO FÍSICO		RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO
AGENTES ANESTÉSICOS				INDUÇÃO		
				Sedaf: _____ Excit: _____ Tosse: _____		
				Laringo espasmo: _____ Lenta: _____		
				Náuseas: _____ Vômitos: _____		
				Outros: _____		
				MANUTENÇÃO		
				E o motivo		
				de anestesia		
				de manutenção		
				ANESTESIA SATISF: Sim _____ Não _____		
				Não, por que:		
				Reflexos na SO: _____		
				Obstr: _____ Co: _____ Excit: _____		
				Náuseas: _____ Vômitos: _____		
				Outros: _____		
				Com cânula: _____		
				Para o Leito Sim _____ Não _____		
				CONDIÇÕES:		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	<i>lar up san</i>					
POSICÃO	<i>prono</i>					
AGENTES						
TÉCNICA	<i>Curat</i>			CÂMLAS		
OPERAÇÃO	<i>Trat cirurgico</i>					
CIRURGIÃO	<i>Dr. J. M. J. M. J.</i>					
ANESTESISTA	<i>J. M. J. M. J.</i>					
OBSERVAÇÕES						





**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

Nome do Paciente <i>Jose Edilson Lima Silva</i>		Nº Prontuário <i>3694699</i>	
Data da Operação	Enf.	Leito	
Operador <i>Andre Vaigel</i>	1º Auxiliar <i>Rogério Fernandes</i>		
2º Auxiliar <i>João Ricardo</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia <i>Guaranda A.</i>	Tipo de Anestesia <i>geral</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>fratura acomp. zigomáxila (E)</i>			
Tipo de Operação <i>cirurgia de redução + FIE de fratura</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>a menor</i>			
Relatório Imediato da Patologia <i>Não houve</i>			
Exame Radiológico no Ato <i>Não houve</i>			
Acidente Durante a Operação <i>Não houve</i>			

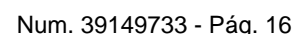
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1. Paciente sob anestesia geral, com TDOH
2. Antissepsia cirúrgica + aplicação de campos cirúrgicos + hemostasia cirúrgica
3. Infiltração anestésica de fundo buco-mucosa
4. Abordagem supra-orbital e vestibular maxilar + posicionamento
5. Redução da fratura em região de filar zigomáxila e sutura intraoral
6. FIE: 1 placa orbital 5 furis 15 com 4 parafusos; 1 placa porte 4 furis 15 com 4 parafusos - 2 unidades
7. Drenagem cirúrgica com SF 031
8. Pósterior com gancho de hastes de ancoragem zigomáxila
9. Sutura por planos
10. Remoção da rede para compressão
Drº Andre Vaigel Fernandes Cirurgia e Traumatologia Buro-Maxilo-Facial CRO-PE 7371



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
Josi Tedilhon Lima Silva		S.U.S.	36 anos	1644555	
CIRURGIA		CIRURGIÃO			
Redução e Fixação de Fratura do Zígaro		Dr. André			
ANESTESIA		ANESTESIA			
Dr. Tereza		Geral			
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM		
ROZANA	15/05/18	08:00	10:40		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Calcl. p/ Oxi.		Calgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Calcl. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande -		Calgut cromado Sertix	
	Dimora amp.	Compressa Pequena		Calgut Simples	
	Dolanina amp.	Cotonoides		Calgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Calgut Simples Sertix	
	Fenagran amp.	Dreno Kerr nº		Calgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera pl/ osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercalona % ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sanguê		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Protigmins amp.	Escaradrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupek	
	Proxido 1/m	Furacin ml		Fio de Algodão Sutupek	
	Ous idm ml	Gase Pacote nº 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml	02	Monocryl	5.0
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Monocryl	
	Troscum amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	
02	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
02	Dipirona amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flexidol amp.	Luvas 7.5	01	Vicryl Sertix	5.0..
	Feboponil amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glibose amp.	Oxigenio 1/m			
	Glucon de Calcio amp.	Poitlix			
	Heemacel ml	PVPi Degramante ml			
	Heparenta ml	PVPi Tópico ml	Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antiseptico		SG Normotermico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrochazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertermico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml	03	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stupator amp.	Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PROTESE	
02	Cefazolin 1g	Sonda Nasogátrica			
02	Fenoxilona	Sonda Uretral nº			
		Sterycrim ml			
		Tornetrinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina m'			
01	Agua ha desc. 25 x 28	Ge con 15			
	Agua ha desc. 28 x 28	Latex			
	Agua ha desc. 3 x 4.5				
	Agua ha p/ raque nº				
01.5	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
01	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
			EQUIPAMENTOS		
			(X) Oximetro de Pulso	() Foco Auxiliar	
			() Serra	(X) Eletrocautério	
			() Desfibrilador	(X) Oxímetro	
			(X) Foco Engsa Fixo	(X) Cardiomonitor	
			() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico	
			Corringulo		
CIRCULANTE RESPONSÁVEL					





Phone/fax: (82) 3223-2280 - 3313-8255 - 3313-8256

Procedimento: P. de Correio Especial de Recibo Código Proc. _____

001748

Dr. Andre Vazir, Fernando
C. Vazir, Fernando
351... 371

Circularité:

Médico





GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

02/06

Paulo de Aguiar (e)

Paciente

Paulo de Aguiar (e)

Alcôjamento

Admissional

Leito

24

Convênio

Data

02/06/2021

Prescrição Médica

Horário

0000

Evolução Médica

13.00H

Prescrição

02/06/2021

Prescrição Médica

Horário

0000

Evolução Médica

13.00H

02/06/2021

Prescrição Médica

Horário

0000

Evolução Médica

13.00H

02/06/2021

Prescrição Médica

Horário

0000

Evolução Médica

13.00H

02/06/2021

Prescrição Médica

Horário

0000

Evolução Médica

13.00H

02/06/2021

Prescrição Médica

Horário

0000

Evolução Médica

13.00H

02/06/2021

Prescrição Médica

Horário

0000

Evolução Médica

13.00H

02/06/2021

Prescrição Médica

Horário

0000

Evolução Médica

13.00H

02/06/2021

Prescrição Médica

Horário

0000

Evolução Médica

13.00H

02/06/2021

Prescrição Médica

Horário

0000

Evolução Médica

13.00H

02/06/2021

Prescrição Médica

Horário

0000

Evolução Médica

13.00H

02/06/2021

Prescrição Médica

Horário

0000

Evolução Médica

13.00H

02/06/2021

Prescrição Médica

Horário

0000

Evolução Médica

13.00H

02/06/2021

Prescrição Médica

Horário

0000

Evolução Médica

13.00H

02/06/2021

Prescrição Médica

Horário

0000

Evolução Médica

13.00H

M00





GÓVERNO
DA PARÁIBA

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

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Trat. de ZICA 1

Paciente José Carlos Lima Silva Alojamento Leito Convênio 2-4

Data 05.05.18 Prescrição Médica Horário Evolução Médica

01 Dieta Livre
02 SORTE SORPIMENTAL
03 ALIMENTAÇÃO (E + AM) N. 6/6hs SIV
04 GELATINA

SE 13.06 5º DIA
Vacine-se contra COVID-19
PARCERIA APRESENTAÇÃO
PILULA MENTADA A. B. B. B.

CV: EMBRASE DEBILIDADE ⑤

ED: ALIMENTAÇÃO LINGERIDA

SUELIO MOREIRA TORRES
Médico - Dentista
CRM - 5194

MD





GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Objeto

Trat. de Zúscara e

Paciente *Jose Carlos Lima Silva* Alojamento *2* Lote *4* Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
06.05.16	<i>1. Dieta Líquida</i>		<i>Receita 3.º DH</i>
	<i>2. Soro Sierozado</i>		<i>Paciente José Fernandes, 45</i>
	<i>3. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>4. Soro/leite</i>		<i>em 1/2 de soro e 1/2 de leite.</i>
	<i>5. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>6. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>7. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>8. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>9. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>10. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>11. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>12. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>13. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>14. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>15. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>16. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>17. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>18. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>19. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>20. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>21. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>22. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>23. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>24. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>25. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>26. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>27. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>28. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>29. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>30. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>31. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>32. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>33. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>34. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>35. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>36. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>37. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>38. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>39. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>40. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>41. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>42. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>43. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>44. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>45. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>46. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>47. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>48. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>49. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>50. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>51. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>52. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>53. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>54. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>55. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>56. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>57. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>58. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>59. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>60. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>61. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>62. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>63. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>64. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>65. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>66. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>67. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>68. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>69. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>70. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>71. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>72. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>73. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>74. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>75. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>76. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>77. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>78. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>79. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>80. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>81. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>82. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>83. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>84. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>85. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>86. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>87. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>88. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>89. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>90. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>91. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>92. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>93. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>94. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>95. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>96. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>97. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>98. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>99. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>
	<i>100. Dieta 15 (1/2) de líquidos e 1/2</i>		<i>de soro e soro de leite.</i>

Dr. José Fernandes
Med. Cirurgista

Dr. José Fernandes
Med. Cirurgista
CPF: 011.111.5114

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Diagnóstico

Qual. de atendimento (e)

106K

Paciente

CPA GILSON LACERDA GILMA

Alcance

Leito

Convênio

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

Data

Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica



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 EDILSON LIMA SILVA	DN: 12.01.1983	PRONT. Nº: 1677555
NATURALIDADE:	PROCEDÊNCIA:	
ADMISSÃO: 24.09.2018	ALTA: 10.05.2019	

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

TRAUMA DE FACE POR ACIDENTE DE MOTOCICLETA
FRATURA CÉRVA EM FACE

2. Resultado dos principais exames

FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO

3. Evolução e complicações

N/D

4. Terapêutica realizada

- ① MEDICAÇÃO
- ② REDUÇÃO DA FRATURA
- ③ FIXAÇÃO DA FRATURA COM 2 PLACAS 1,5 + 2 PARAFUSOS

5. Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

① MESMO

6. Orientações médicas para pacientes / egresso

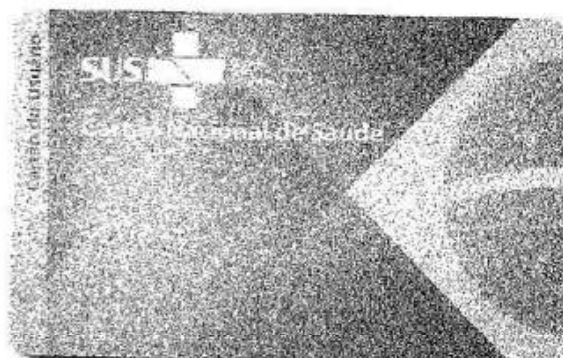
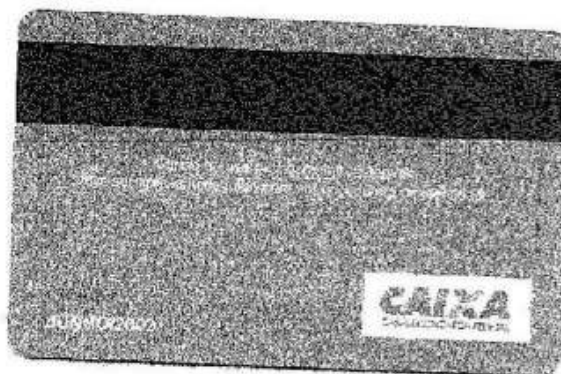
- ① REPOUSO DOMICILIAR
- ② REDUÇÃO DA SUTURA 10 DIAS
- ③ MEDICAÇÃO 10
- ④ ORIENTAÇÕES
- ⑤ RETORNO PROGRAMADO COM 10 DIAS

7. Condições de alta

- ☐ Curado ☐ A pedido ☐ Óbito ☒ Melhorado ☐ Inalterado
- ☐ Transferido para: _____

Reginaldo Fernandes
Cirurgião Dentista
CRM 5194





Sistema Único de Saúde

Cartão de Saúde

JOSE RAMOS DE ARAUJO

Data Naso.: 11/06/1962 Sexo: M

700 5075 8358 2156



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA NACIONAL DE SAÚDE

JOSE RAMOS DE ARAUJO

719406 **SSP** **PB**

CPF **408.289.544-51** **DATA NASCIMENTO** **11/06/1962**

FIILIAÇÃO **SEVERINO DANIEL DE ARAUJO**

VENIENDO **ACQ** **CPNM**

VALIADE **01/09/1990**

1497902643

PARAIBA

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

TÍTULO O ELEITORAL

JOSE RAMOS DE ARAUJO

DATA DE NASCIMENTO **11/06/1962**

CPF **0049 4394 1262**

DATA DE CANCELAMENTO **10/09/2015**

CAMPINA GRANDE/PB

SABEMI SEGURADORA S/A

27 SET 2018

RECEBIDO

IDENTIDADE Nº **01961**

DATA EXP. **28/09/2013**

DOADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS **X** **SIM** **NÃO**

VALIDADE INDETERMINADA

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA

REGIÃO **02/517**

JOSE RAMOS DE ARAUJO

FIILIAÇÃO **SEVERINO DANIEL DE ARAUJO**

DATA NASC. **11/06/1962**

NACIONALIDADE **BRASILEIRA**

CPF **408.289.544-51**

ORG. EXP. **SSP/PB**

HABILITAÇÃO **RADIOLOGIA**

Foram de Araújo Silva

DIRETOR PRESIDENTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011545378023
96610124851

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
RGT 20150100005461-5

1 0105076734-6 00/00000000

EVANDRO BORBOREMA DE LIMA
RUA PROFESSORA 528
CENTRO
58123000 BOA VISTA - PB

96401109491 QFJ5835/PB

GRAN MOTOR C. GRANDE MOTORES LTDA

NOVO PE 9C2KCH650FR206171

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN ESD 2015 2015

2 0/149 /CI PARTIC VERMELHA

A.F. ADM DE CONC NATION HONDA LTDA

N.Motor : NC16SE206171 0

BOA VISTA - PB 29/05/2015 33375 3353

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011545378023
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
RGT 20150100005461-5

VIA 1 0105076734-6 007000000000 2015

EVANDRO BORBOREMA DE LIMA

96401109491 QFJ5835/PB

NOVO PE 9C2KCH650FR206171

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 TITAN ESD 2015 2015

2 0/149 /CI PARTIC VERMELHA

IPVA PAGO EM 28/05/2015

P R V A T A R I F I C A D O

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 PARCELAMENTO (COTAS) 2º 3º

PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO: 28/05/2015

A.F. ADM DE CONC NATION HONDA LTDA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
VA, POR MOTORES DE VIA, FERRESTRIS, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADA OU MAO DE OBRA DO VEICULO

PB Nº 011545378023 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.

www.dpvetsegurodpvato.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 29/05/2015

1 96401109491 QFJ5835/PB

01050767346 HONDA/CG 150 TITAN ESD

2015 9C2KCH650FR206171

PREMIO TARIFARIO

P R V A T A R I F I C A D O

SABEMI SEGURADORA S/A

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0 SEGURO P A G O

27- SET-2018 20/05/2015

SOTA DICA PAGAMENTO

RECEBIDO



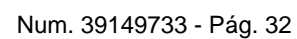


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
LABORATÓRIO DE ANATOMIA FORENSE

Graciele Barbosa de Lima

Y-02
P-90

CARTÃO DE IDENTIDADE





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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

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 médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZ EM SUPERCILIO E, SEM DEFORMIDADES, OCLUSÃO DA MANDIBULA NORMAL, ABERTURA E OCLUSÃO DAS PALPEBRAS NORMAIS.

Resultados terapêuticos: EXCELENTE CONSOLIDAÇÃO SEM DEFORMIDADES APARENTES 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 médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZ EM SUPERCILIO E, SEM DEFORMIDADES, OCLUSÃO DA MANDIBULA NORMAL, ABERTURA E OCLUSÃO DAS PALPEBRAS NORMAIS.

Resultados terapêuticos: EXCELENTE CONSOLIDAÇÃO SEM DEFORMIDADES APARENTES 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 médico pericial: PRESENÇA DE CICATRIZ EM SUPERCILIO E, SEM DEFORMIDADES, OCLUSÃO DA MANDIBULA NORMAL, ABERTURA E OCLUSÃO DAS PALPEBRAS NORMAIS.

Resultados terapêuticos: EXCELENTE CONSOLIDAÇÃO SEM DEFORMIDADES APARENTES 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

BENEFICIÁRIO/VITIMA

Nome José Edilson Lima Silva
Nacionalidade Brasileira Est. Civil União Estável
Indentidade 2.532.822 CPF 045.115.374-02
Endereço Sítio Espinheira Nº SIN
Bairro Zona Rural Cidade Bom Vista Est. Pernambuco

PROCURADOR:

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

Nacionalidade: brasileira Est. Civil : Divorciado

Indentidade : 718.406 SSP-PB CPF : 408.289.644-91

Endereço : Rua Vital Francisco da Silva Nº 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 Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (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, Crédito de indenização de sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo ainda, requerer o prontuário médico, junto a qualquer hospital. Para tanto requerer o que necessário 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



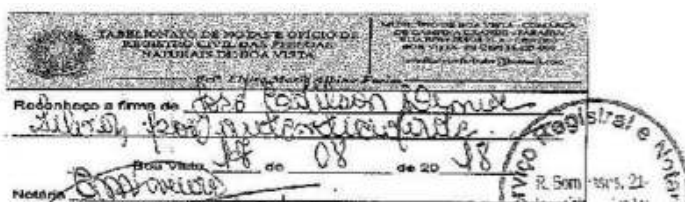
27 de Agosto de 2018

Loca e Data

José Edilson Lima Silva

Assinatura do Beneficiário/Vitima

(reconhecer firma por autenticidade)



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 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

JOSE EDILSON LIMA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª 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.ª, 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 inexistente 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.joaobarbosaadvass.com.br



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

