



Número: **0842128-58.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **29/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| CARLOS ANTONIO DA SILVA (AUTOR) | ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|--|-------------------|
| 39090 230 | 04/02/2021 12:02 | <u>Petição</u> | Petição |
| 39090 234 | 04/02/2021 12:02 | <u>2641542_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u> | Outros Documentos |
| 39090 235 | 04/02/2021 12:02 | <u>2641542_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u> | Outros Documentos |

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020412023805500000037263218>
Número do documento: 21020412023805500000037263218

Num. 39090230 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190131960

Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA

Data do Acidente: 09/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ANTONIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13957947

Pag. 01923/01924 - carta_01 - INVALIDEZ



00020962



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020412023893900000037263222>
Número do documento: 21020412023893900000037263222

Num. 39090234 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190131960 **Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA**

Data do Acidente: 09/11/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS ANTONIO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|------------------|--------------|
| Multa: | R\$ 0,00 |
| Juros: | R\$ 0,00 |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CARLOS ANTONIO DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000904

Conta: 0000029151-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

03412357413

Nome completo da vítima

Carlos Antônio da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|----------------------------|----------------------|-------------|
| Nome completo | CPF Titular da conta | Profissão |
| Carlos Antônio da Silva | 03412357413 | Recurso |
| Endereço | Número | Complemento |
| Rua Francisca da Conceição | 35 | |
| Bairro | Estado | CEP |
| Alto do Céu | PB | 58027-482 |
| Email | Telefone (DDD) | |

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|--|--|---|--|
| <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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) | | BANCO | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | Nome _____ NRO. _____ | |
| AGÊNCIA NRO. | CONTA NRO. | AGÊNCIA NRO. | CONTA NRO. |
| 0904 | D/V | 29151 | 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 Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor Indenizado.

João Pessoa 15 de Outubro de 2018
Local e Data



o Carlos Antônio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01532.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01532.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:18 horas do dia 13 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Carlos Antônio da Silva**, CPF nº 034.123.574-13, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Serralheiro, filho(a) de Josefa Maria da Conceição e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/08/1975 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisca Maria da Conceição, Nº 35, bairro Mandacaru, tendo como ponto de referência Colégio Violeta Formiga, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98732-6746.

Dados do(s) Fatos:

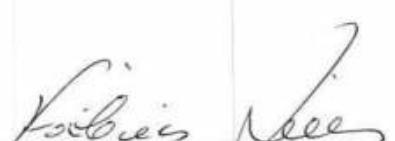
Local: Rua Antônio Silva Neto, Em Frente À Cagepa, João Pessoa/PB, bairro Jaguaripe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/11/17 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

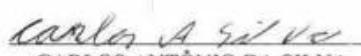
Que estava na garupa da MOTOCICLETA HONDA/POP 100, VERMELHA, 2011/2012, PLACA OFE7790/PB, CHASSI 9C2HB0210CR417506, registrada em nome de JOSÉ DEONILO GOMES, conduzida por ISRAEL SOARES DO NASCIMENTO, quando foram atingidos na lateral direita por uma CAMIONETE NÃO IDENTIFICADA; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 15.03.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelos BOMBEIROS; Que o condutor teve ferimentos leves; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 13 de agosto de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


CARLOS ANTÔNIO DA SILVA

Noticiante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190131960 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA **Data do acidente:** 09/11/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| | | Total | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradorallder.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: Paulo Antônio da Silva CPF da Vítima: 03612357413 Data do Acidente: 09/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

| | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| Nome completo do Representante Legal | CPF do Representante legal |
| Email | Telefone (DDD) |

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar 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 discordo do seu conteúdo.

João Pessoa, 15 de Outubro de 2018

Carlo Antonio da Silva

Campo 3 - Assinatura do Representante Legal

DAI 1001 V001 C013



**Identificação do paciente**

| | | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------------|----------------------|--|
| ID 735384 | Nome CARLOS ANTONIO DA SILVA | | | Sexo Masculino |
| Data de nascimento 12/08/1975 | Idade 42 anos 2 meses 28 dias | Estado civil SOLTEIRO(A) | Religião CATOLICA | Prontuário |
| Mãe. JOSEFA MARIA DA CONCEICAO | | | | Pai NAO DECLARADO |
| Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO | | | | Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A) |
| DDD Móvel 83 | Fone Móvel 87326746 | | | DDD Fixo Fone Fixo |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 2839087 | | | Nº Cns 898002276237033 |
| Local de procedência JAGUARIBE | | | | Tipo BAIRRO |
| Email | Naturalidade JOAO PESSOA | UF PB | | |
| | | CBO/R | | |

Endereço

| | | | |
|-----------------|--|-----------------------|----------------------------|
| CEP 58027847 | Município de residência JOAO PESSOA | UF PB | Logradouro São Bernardo |
| Número 26 | Complemento | Bairro Alto do Céu | |

Admissão

| | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------------|
| Data e Hora 09/11/2017 15:41:01 | Número da pulseira 1000006289446 | Convênio SUS |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | Clínica | |
| Classificação de risco | Origem do paciente RUA | |
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente VEICULO X MOTO |

Indicadores e Transporte

| | | | |
|---|-----------------------|---------------------------|---------------|
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Veio de ambulância Não | Trauma Não |
| Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS | Quem transportou | | |

Sinais Vitais

| | | | |
|---------|------|----|-------------|
| PA X | mmHg | P脉 | Temperatura |
|---------|------|----|-------------|

Exames complementares

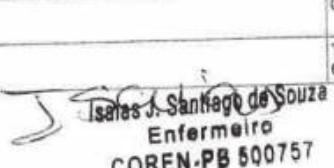
| | | | | | | |
|--|------------|-----------|--------|------------|---------|---------------------|
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos Pet vítima acidente moto Fratura exposta M16, orientado | | | | | | |

| | |
|--|----------------------|
| Diagnóstico | CID |
| Atendido por ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA | Tempo 01min 15seg |

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14 FEV. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA


09/11/2017 15

e 1

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS ANTONIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000029151-6

Nr. da Autenticação F4E84741BA50FF3A



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020412023893900000037263222>
Número do documento: 21020412023893900000037263222

Num. 39090234 - Pág. 9

ROSILENE DA CONCEICAO SILVA
RUA FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO, 38 - ALTO DO CÉU
JOAO PESSOA / PB CEP: 58027-482 (AG. 1)

Emissão: 09/08/2018 Referência: Ago / 2018 ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A,
Classe/Subsíl: RESIDENCIAL / BÁIXA RENDA MONOFASICO/B/200, Km29 - Custo Redutor: João Pessoa/PB - CEP: 58071-000
Roteiro: 3-1-229-1170 CNPJ:09.095.100/0001-43 Insc Est: 16.015.023-0
Nº medidor: 00008221308



Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N° 016.132
Cód. para Dib. Automática: 00002219762

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-----------------------------|
| Ago / 2018 | 09/08/2018 | 06/09/2018 | 656.897.740-3 Insc. Est: |

UC (Unidade Consumidora): 5/221576-2

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE fechada pela Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

| Anterior | Atual | Constante | Consumo | Dias | | |
|-------------------------------|---------------------------|------------|----------|--|--|--|
| Data | Leritura | Data | Leritura | | | |
| 10/07/18 | 10111 | 09/08/18 | 10133 | | | |
| Demonstrativo | | | | | | |
| CCI | Descrição | Quantidade | Tarifa | Valor Base Cál. Alq. Fim (R\$) ICMS(R\$) ICMS (R\$) IPI(R\$) IPI(Califim)(R\$) ICMS(R\$) | | |
| | | | | Tributos Totais(R\$) ICMS(R\$) ICMS (R\$) IPI(R\$) IPI(Califim)(R\$) ICMS(R\$) | | |
| 0801 | Consumo até 30KWh-BR | 80.000 | 0,185480 | 5.41 0,00 0,00 5,41 0,08 0,27 | | |
| 0801 | Adic. B. Vermelha | 0,55 | 0,00 | 0,00 0,55 0,00 0,02 | | |
| 0510 | Subsídio | 11,42 | 0,00 | 0,00 11,42 6,12 0,57 | | |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | |
| 0899 | DEBITO COMPENSADO 07/2018 | 8,85 | 0,00 | 0,00 0,00 0,00 0,00 | | |
| 0806 | Devolução Bussines | -10,73 | 0,00 | 0,00 0,00 0,00 0,00 | | |

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL 13,30 0,00 0,00 17,26 0,18 0,00

| Média últimos meses (kWh) | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|---------------------------|------------|---------------|
| 57 | 16/08/2018 | R\$ 13,30 |

Histórico de Consumo (kWh)

| 102 | 7 | 10 | 17 | 56 | 77 | 75 | 72 | 84 | 82 | 54 | 24 |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|--------|
| Ago/17 | Set/17 | Out/17 | Nov/17 | Dez/17 | Jan/18 | Fev/18 | Mar/18 | Abr/18 | Maio/18 | Jun/18 | Jul/18 |

2bb7.b5ca.9533.eb06.71e6.dd59.b9f8.8988.

| 6/2018 - Cruz da Fávea | | |
|--------------------------|------------------|-----------------|
| Indicadores de Qualidade | Limites da ANEEL | Apurado |
| DIC MENSAL | 5,00 | 0,00 |
| DIC TRIMESTRAL | 10,18 | NOMINAL |
| DIC ANUAL | 33,50 | 220 |
| PIG MENSAL | 2,23 | 0,00 |
| PIG TRIMESTRAL | 3,47 | CONTRATADA |
| PIG ANUAL | 12,95 | LIMITE INFERIOR |
| FIC MENSAL | 2,86 | 102 |
| FIC TRIMESTRAL | 12,22 | LIMITE SUPERIOR |
| DNC | | 231 |
| DCRI | | |

| Discriminação | Valor (R\$) | % |
|---------------------------------|--------------|---------------|
| serviços de Det. da Energisa/PB | 1,96 | 14,88 |
| Centra de Energia | 2,92 | 21,20 |
| Centro de Tratamento/S | 0,30 | 2,26 |
| Encargos Fiscais | 7,54 | 54,08 |
| Impostos Diretos e Encargos | 1,04 | 7,82 |
| Outros Serviços | 8,65 | 60,00 |
| Total | 13,30 | 100,00 |

Valor da EU/00 (Ref 6/2018) R\$ 6,30

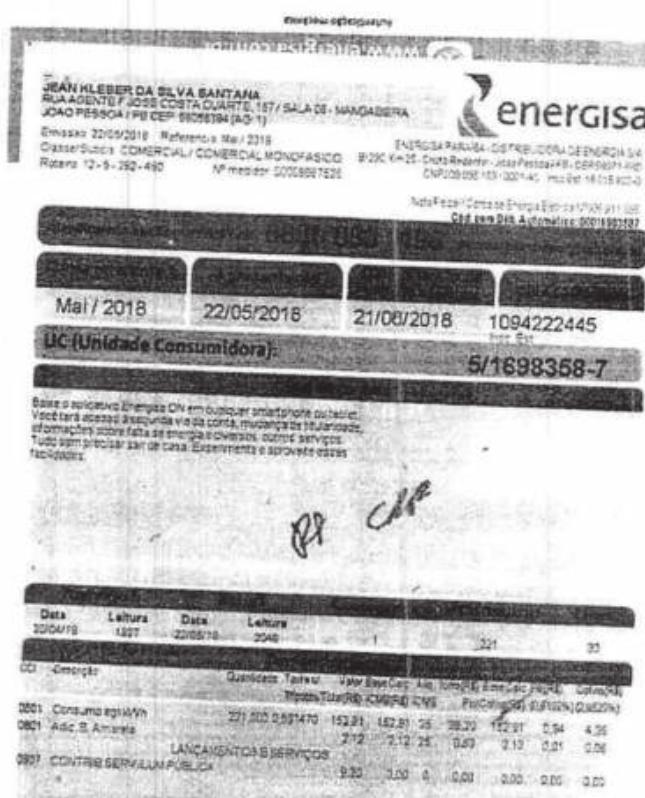
ATENÇÃO
- Existem débitos anteriores ao consumo constante no Histórico.
AVISO: Fazendoendo em atraso no "DEBITOS ANTERIORES", a reavaliado, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

- Sua unidade foi faturada como: Eleva Renda, tendo um desconto de R\$ 10,72.
- Leitura confirmada

| Faturas em atraso |
|-------------------|
| Jun/18 25,23 |
| May/18 37,67 |
| Abr/18 39,86 |
| Mar/18 32,73 |
| Fev/18 36,14 |
| Jan/18 38,75 |
| Dez/17 44,38 |
| Nov/17 8,28 |

PARAIBA

COMPREV
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIAS S/A
14 FEV. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PES



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/03/2021 12:02:39

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:39
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?y=21020412023893900000037263222>

Número do documento: 21020412023893900000037263223

Num. 39090234 - Pág. 11



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alejandro Lusa Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Antônio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.323.574-13 do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Carlos Antônio da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 031.323.574-13 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 Lider-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>Agente fiscal José C. Duarte</u> | <u>157</u> | |
| <u>Mansão Beirão</u> | <u>PB</u> | <u>58038-384</u> |
| <u>Local e Data</u> | <u>Telefone comercial (DDD)</u> | <u>Telefone celular (DDD)</u> |
| | <u>99105-5363</u> | <u>918663-4900</u> |

João Pessoa, 04 de outubro de 2013

Alejandro Lusa Duarte
Assinatura do Declarante



DLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020412023893900000037263222>
Número do documento: 21020412023893900000037263222

Num. 39090234 - Pág. 12

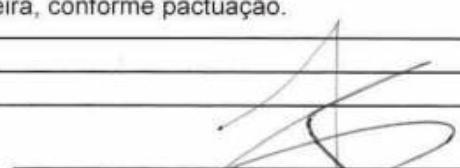
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE DEONILO GOMES,
RG nº 395.148, data de expedição 14/08/14,
Órgão SSDPB, portador do CPF nº 342.079.824-32 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. José Teixeira, nº 103,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Carlos Antônio da Silva, cujo o condutor era
João Carlos da Conceição
Veículo: Motocicleta
Modelo: Kondor 150 POP 300
Ano: 2013/2012
Placa: 0 FE 779 01 PB
Chassi: 9C24B0210ER437506
Data do Acidente: 09/08/17
Local e Data: João Pessoa 15/08/18

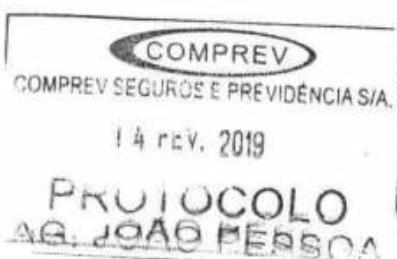
JOSE DEONILO GOMES Decarlinto
Assinatura do Declarante 10º Ofício

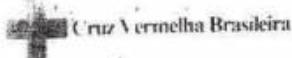
João Carlos da Conceição
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



| | | |
|---|--|---|
|  | GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA |  |
| LAUDO MÉDICO | | |
| INFORMAÇÕES PESSOALIS | | |
| NOME DO PACIENTE | CARLOS ANTONIO DA SILVA | |
| DATA DE NASCIMENTO | 12/08/75 | |
| NOME DA MÃE | JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO | |
| DADOS EXTRAÍDOS | | |
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1.040.384 | |
| DATA DO ATENDIMENTO | 09/11/17 | |
| HORA DO ATENDIMENTO | 15:41 | |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | |
| DIAGNÓSTICO (S) | FRATURA EXPOSTA NA PERNAS DIREITA. | |
| CID 10 | S82.2 | |
| AVALIAÇÃO INICIAL: | | |
| Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, ferimento em perna direita, nega perda da consciência, Torax e abdomen sem queixas. Presença de fratura exposta em perna direita. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira. | | |
| EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS: | | |
| RX de perna direita | | |
| RESULTADOS DOS EXAMES: | | |
| Fratura em perna direita | | |
| TRATAMENTO: | | |
| Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pactuação. | | |
| ALTA HOSPITALAR: | 09/11/17 | |
| DATA DA EMISSÃO: | 15/03/18 | |
|  Dr. José de Almeida Braga CRM: 2329/PB | | |

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

| | | | |
|---------------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| Paciente | BAE | Data/Hora Entrada | Data Baixa |
| CARLOS ANTONIO DA SILVA | 1040384 | 09/11/2017 15:41:01 | |
| Data de nascimento | Idade | Sexo | Telefone de Contato |
| 12/08/1975 | 42 | Masculino | 898002276237033 (83) 87326746 |
| Mãe | | | Prontuário: |
| JOSEFA MARIA DA CONCEICAO | | | |
| Endereço | Bairro | Município | UF |
| São Bernardo, 26 | Alto do Céu | JOAO PESSOA | PB |
| Acidente | Motivo | Profissional | Nº Cons. Regional |
| VÉCULO X MOTO | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | LEONALDO TORRES DINIZ | 10647/PB |
| Data/Hora Classificação | | Data/Hora Prescrição | |
| 09/11/2017 15:41:01 | | 09/11/2017 15:57:53 | |
| Convênio | Nº Matrícula | | Senha |
| SUS | | | |

Anamnese

PA CIENTE TRAZIDO PELO SAMU EM PRANCHA RÍGIDA E COM COLAR CERVICAL RELATANDO HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, COLISÃO MOTO - CARRO, HÁ 30 MINUTOS. QUEIXA-SE DE DOR E FERIMENTO EM Perna DIREITA. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, CERVICALGIA, DOR TORÁCICA E ABDOMINAL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E PATOLOGIAS PREVIAS. NÃO SE RECORDA DE HISTÓRICO VACINAL PARA TÉTANO. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. PRESENÇA DE FRACTURA EXPOSTA EM Perna DIREITA; TÓRAX COM EXPANSIBILIDADE SIMÉTRICA; ABDOME FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO; MOBILIDADE DE MEMBROS SUPERIORES E Perna ESQUERDA PRESERVADA. CONDUTA: 1 - SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA E CIRURGIA VASCULAR; 2 - SOLICITO RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA; 3 - PRESCREVO SRL, DIPIRONA, CETOPROFENO, TRAMADOL, TETANOGAMMA E CEFALOTINA; 4 - LIBERADO DA CIRURGIA GERAL.

MEDICAÇÃO

| |
|---|
| DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE AD) |
| CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE AD) |
| TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE SORO FISIOLÓGICO) |
| TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 250,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSIM) |
| CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA |
| SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MGTSIM) |

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA

CID10

| Código | Descrição |
|--------|------------------------------|
| T14.9 | Traumatismo não especificado |

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14/11/2019

PROTÓCOLO
AO JOÃO PESSOA

Conduta



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020412023893900000037263222>

Número do documento: 21020412023893900000037263222

Num. 39090234 - Pág. 15

Em observação

CARLOS ANTONIO DA SILVA

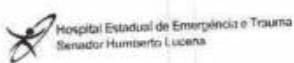
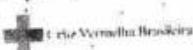
LEONALDO TORRES DINIZ
(CRM: 10647/PB)

Boletim registrado por: ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA em 09/11/2017 15:42:16



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020412023893900000037263222>
Número do documento: 21020412023893900000037263222

Num. 39090234 - Pág. 16



CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA
 Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090
 Tel: 32165700
 CNES: 445365

| | | | |
|---------------------------|-------------------------|-------------------------------|-----------------------|
| Paciente | BAE | Data/Hora Entrada | Data Boleta |
| CARLOS ANTONIO DA SILVA | 1040384 | 09/11/2017 15:41:01 | 2017-11-09 17:53:24,0 |
| Data de nascimento | Idade | Sexo | Telefone de Contato |
| 12/08/1975 | 42 | Masculino | (83) 87326746 |
| Mae | | | Promotor(a) |
| JOSEFA MARIA DA CONCEICAO | | | |
| Enderéco | Bairro | Municipio | UF |
| São Bernardo, 26 | Alto do Céu | JOAO PESSOA | PB |
| Acidente | Motivo | Profissional | Nº Cons. Regional |
| VEICULO X MOTO | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA | 5221/PB |
| Data/Hora Classificação | | Data/Hora Prestação | |
| 09/11/2017 15:41:01 | | 09/11/2017 17:53:45 | |
| Convenio | Nº Matrícula | | Serña |
| SUS | | | |

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA ISOLADO NA Perna DIREITA, APRESENTANDO FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DO SEGMENTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA, AVALIADO E LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL E CIRURGIA VASCULAR. SUBMETIDO A RADIOGRAFIA (SEGUE CÓPIA), ANALGESIA PARENTERAL E CEFALOTINA 1,0 GRAMA EV. NÃO FOI SUBMETIDO A PROFILAXIA ANTITETÂNICA POR FALTA NESTE HOSPITAL, FEITO CURATIVO E IMOBILIZAÇÃO E ENCAMINHADO, CONFORME PACTUAÇÃO, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO NO ORTOGRAFIA DE MANGABEIRA.

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Nome: ALBERTO RODRIGUES Data e Hora: 09/11/2017 17:53:24

Observações: PACIENTE VITIMA DE TRAUMA ISOLADO NA Perna DIREITA, APRESENTANDO FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DO SEGMENTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA, AVALIADO E LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL E CIRURGIA VASCULAR. SUBMETIDO A RADIOGRAFIA (SEGUE CÓPIA), ANALGESIA PARENTERAL E CEFALOTINA 1,0 GRAMA EV. NÃO FOI SUBMETIDO A PROFILAXIA ANTITETÂNICA POR FALTA NESTE HOSPITAL, FEITO CURATIVO E IMOBILIZAÇÃO E ENCAMINHADO, CONFORME PACTUAÇÃO, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO NO ORTOGRAFIA DE MANGABEIRA.

CARLOS ANTONIO DA SILVA

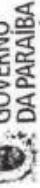
ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA
(5221/PB)

Boletim registrado por: ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA em 09/11/2017 15:42:16

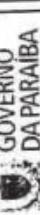




Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: CARLOS ANTONIO DA SILVA
Data: 09/11/2017 17:52:39
CPF: Não Informado
Idade: 42
BAE: 1040384

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA ISOLADO NA PERNAS DIREITA, APRESENTANDO FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DO SEGMENTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA, AVALIADO E LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL E CIRURGIA VASCULAR, SUBMETIDO À RADIOGRAFIA (SEGUE CÓPIA), ANALGÉSIA PARENTERAL E CEFALOTINA 1,0 GRAMA EV. NÃO FOI SUBMETIDO À PROFILAXIA ANTITETÂNICA POR FALTA NESTE HOSPITAL, FEITO CURATIVO E IMOBILIZAÇÃO E ENCAMINHADO, CONFORME PACTUAÇÃO, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO NO ORTO TRAUMA DE MANGABEIRA.

Receituário

Paciente: CARLOS ANTONIO DA SILVA
Data: 09/11/2017 17:52:39
CPF: Não Informado
Idade: 42
BAE: 1040384

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA ISOLADO NA PERNAS DIREITA, APRESENTANDO FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DO SEGMENTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA, AVALIADO E LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL E CIRURGIA VASCULAR, SUBMETIDO À RADIOGRAFIA (SEGUE CÓPIA), ANALGÉSIA PARENTERAL E CEFALOTINA 1,0 GRAMA EV. NÃO FOI SUBMETIDO À PROFILAXIA ANTITETÂNICA POR FALTA NESTE HOSPITAL, FEITO CURATIVO E IMOBILIZAÇÃO E ENCAMINHADO, CONFORME PACTUAÇÃO, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO NO ORTO TRAUMA DE MANGABEIRA.

RECEITÁRIO
Paciente: CARLOS ANTONIO DA SILVA
Data: 09/11/2017 17:52:39
Sexo: Masculino
CPF: Não Informado
Idade: 42
BAE: 1040384

COMPREV
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S.
14 FEVEREIRO DE MIL E QUINZE
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PES.

*Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira
Dr. Pedro Gondim João Pessoa - C.R.P. 7702
Dr. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Cep.58031-090
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep.58031-090*

Dr. ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA
5221/PB

*Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira
Dr. Pedro Gondim João Pessoa - C.R.P. 7702
Dr. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Cep.58031-090
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep.58031-090*

Dr. ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA
5221/PB

*Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira
Dr. Pedro Gondim João Pessoa - C.R.P. 7702
Dr. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Cep.58031-090
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep.58031-090*

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep.58031-090





Data: 09/11/17 15:57
Usuário: LEONALDO
Boleto: 1040384

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------|---|--|
| Nome CARLOS ANTONIO DA SILVA | Data de Nascimento 12/08/1975 | Idade 42 | Sexo MASCULINO | Nº Prontuário 1040384 | Data Prescrição 09/11/2017 15:57:53 |
| Motivo do Atendimento | Enfermaria / Leito | | | Validade da Prescrição 09/11/2017 15:57:00 - 10/11/2017 15:57:00 | |

Convenio
SUS

| Nome do medicamento | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Veloc. Inf. | Poss. | Aprazamento |
|---|--------|-------------------|-------------------------------------|---------------|----------|-------------|
| 1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML) | 1.0 | ML | Observação:DILUIR EM 10 ML DE AD | E.V. | | AGORA |
| 2 CETORFOPENO 100 MG (AMPOLA 2ML) | 100.0 | MG | Observação:DILUIR EM 100 ML DE AD | E.V. | | AGORA |
| 3 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML) | 2.0 | ML | Observação:DILUIR EM 100 ML DE SORO | E.V. | | AGORA |
| 4 TETANO GAMMA | 100.0 | UI | Observação:DILUIR EM 100 ML DE SORO | INTRAMUSCULAR | | AGORA |
| 5 CEFALOTINA 1G | 1000.0 | MG | | AGORA | | |
| 6 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO | 1000.0 | ML | | | CONTINUA | |
| 7 PAREcer ORTO | 0.0 | | | | | |
| 8 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR | 0.0 | | | | | |

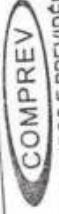
09/11/2017 15:57:00 - 10/11/2017 15:57:00

Matrícula
Benza

LEONALDO TORRES DINIZ
CRM: 10647

09 de Novembro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA

14 FEVEREIRO DE 2019

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**





CERTIDÃO

Nº. 0106/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 76752 e Prontuário nº 2017.11.001361 pertencentes a CARLOS ANTONIO DA SILVA dia 26/08/2018 às 02H01min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em perna esquerda.

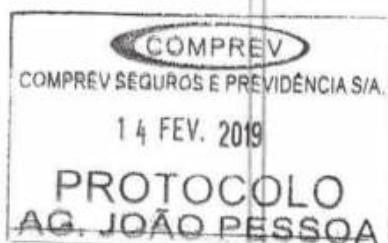
Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 09/11/2017, 23/11/2017, 30/11/2017, 26/01/2018, 06/02/2018, 19/03/2018 com alta médica dia 09/04/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 de fevereiro de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
384- JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 76752 Attd: Nao Reg.
Data: 09/11/2017
Hora: 19:01:44
Repcionista: ANA CLAUDIA XAVIER
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CARLOS ANTONIO DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 704803051210145 Sexo: M IDENTIDADE: 2839087 Fone: 988943652

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/08/1975 Id: 42 ano(s)

End.: RUA SAC BERNARDO, 26

Bairro: ALTO DO CEU Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: JOSEFA MARIA DA CONCEICAO Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: SERRALHEIRO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

ESPOSA.

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL DO TRAUMA

Veiculo utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ CARRO AS 16HRS "CONDUTOR MOTO"

Vitima de violencia por: EM JAGUARIBE PX. A CAGEPA

|| Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO/AMARELO/AMARELO

PA:

FC:

Peso:

Altura:

IMC:

Abd:

Observacao:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aparentemente Bem | <input type="checkbox"/> Grave |
| <input type="checkbox"/> Politraumatizado | <input type="checkbox"/> Convulsao |
| <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Dispneia |
| <input type="checkbox"/> Diarreia | <input type="checkbox"/> Agitado |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Chocado |
| <input type="checkbox"/> Vomito | |
- Observacao:

Observacao:

EXPOSITA DE Perna Direita

*Fractura exposta do fêmur e com fratura do
frágil. Paciente consciente e orientado.
Fratura exposta de perna.*

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

*CD: Intercap
unmpd de inf*

Dr. Filipe Almeida Botter
Ortopedia e Reumatologia
CRM 10.583
TEOT - 14.193



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

| | | | |
|---|---|-------------------|------------------|
| Nome: <u>Adelio Antonio do Nascimento</u> | Data da Admissão: <u>09/11/12</u> | | |
| Prontuário: _____ | Idade: _____ | Enfermaria: _____ | Leito: _____ |
| Nome da Mãe: _____ | | | |
| Endereço: _____ | Bairro: _____ | | |
| Cidade: _____ | Estado: _____ | Fone: _____ | Profissão: _____ |
| Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> Cor: _____ | Estado Civil: _____ | Religião: _____ | |
| Escolaridade: _____ | Data de Nascimento <u>1/1</u> | | |
| QPD: <u>Exposse de alcool</u> | PA: <u>Paciente com álcool devido a um modo de vida</u> | | |
| <u>com exposito de álcool</u> | | | |
| <u>Nenhum tratamento em uso</u> | | | |
| Medicações em uso: <u>AO BLOP</u> | | | |
| Interrogatório Sintomatológico: | | | |
| <u>Geral:</u> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | | |
| ele: _____ | | | |
| <u>Cabeça e PESCOÇO:</u> <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____ | | | |
| <u>AR e ACV:</u> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectorção <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | | |
| <u>ABD:</u> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume | | | |
| <u>AGU:</u> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____ | | | |
| <u>SME:</u> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidex pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos | | | |
| <u>SN e PSQ:</u> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor | | | |
| COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. | | | |

14/11/2012

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | |
|---|----------------------------|--|--------------------|-----------|---|
| Nome: <i>Carlos suboip</i> | | | | Registro: | |
| Idade: | Sexo: <i>M</i> | Cor: | Clínica: <i>91</i> | EMP: | LR: |
| Data: <i>09/11/17</i> | Cirurgião: <i>M - Raul</i> | 1º Assistente: | | | |
| 2º Assistente: | 3º Assistente: | Instrumentador: | | | |
| Anestesista: | Tipo Anestesia: | Horário: | I: | T: | |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| <i>Ex. Exploração dos gordos perip ós</i> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| <i>O lento</i> | | | | | COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 14 FEB. 2019 |
| | | | | | PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | | CÓDIGO |
| <i>ut + obstometrica</i> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não | Descreva: <i>0</i> | | |
| Biópsia de Congelação: | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2(<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3(<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|-----------|------------------------------------|--------------|--|--|
| Nome: <i>Paulo Antônio</i> | | | | Registro: | | | | |
| Idade: <i>42</i> | Sexo: <i>M</i> | Cor: <i>br</i> | Clinica: <i>Mangabeira</i> | EMP: | LR: | | | |
| Data: <i>30/11/14</i> | Cirurgião: <i>Roberto Louli</i> | 1º Assistente: | | | | | | |
| 2º Assistente: | 3º Assistente: | Instrumentador: | | | | | | |
| Anestesista: <i>Dr. Clovis</i> | Tipo Anestesia: <i>L</i> | Horário: | I: | T: | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | CID | | | | |
| <i>Feriamento infectado</i> <i>para D</i> | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | CID | | | | |
| | | | | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | CÓDIGO | | | | |
| <i>Desbridamento</i> <i>de ferida</i> <i>de biópsia</i> | | | | | | | | |
| <table border="1"><tr><td>COMPREV</td></tr><tr><td>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.</td></tr><tr><td>14 FEV. 2019</td></tr></table> | | | | COMPREV | COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. | 14 FEV. 2019 | | |
| COMPREV | | | | | | | | |
| COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. | | | | | | | | |
| 14 FEV. 2019 | | | | | | | | |
| PRÓTOCOLO | | | | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim | 2 (<input type="checkbox"/>) Não | Ato Cirúrgico Destinatário: JOÃO PESSOA | | | | | |
| Biópsia de Congelação: | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim | 2 (<input type="checkbox"/>) Não | | | | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: | | | | | | | | |
| 1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2(<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3(<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | | | | |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | |
|---|--------------------------------|------------------------------------|--|-----------------|-----|
| Nome: <i>Paulo Henrique da Silva</i> | | | | Registro: | |
| Idade: <i>26</i> | Sexo: <i>M</i> | Cor: <i>Branca</i> | Clinica: <i>Complexo Hospitalar Mangabeira</i> | EMP: | LR: |
| Data: <i>06/02/18</i> | Cirurgião: <i>Renato</i> | | | 1º Assistente: | |
| 2º Assistente: | 3º Assistente: <i>Renato</i> | | | Instrumentador: | |
| Anestesista: <i>Souza</i> | Tipo Anestesia: <i>General</i> | | | Horário: I: | T: |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>Infecção de fístula cirúrgica</i> | | | | | |
| CID | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | | |
| CID | | | | | |
| PROTOCOLO | | | | | |
| CID | | | | | |
| 14 FEVEREIRO 2019 | | | | | |
| COMPRESEGUROS E PREVIDENCIAS S/A | | | | | |
| COMPREV | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | | |
| CÓDIGO | | | | | |
| <i>Extrato de fístula cirúrgica</i> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim | Descreva: | | |
| | | 2 (<input type="checkbox"/>) Não | | | |
| Biópsia de Congelação: | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim | | | |
| | | 2 (<input type="checkbox"/>) Não | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: | | | | | |
| 1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB,



RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | |
|--|---|----------------------------|----------|---|-----|
| Nome: <u>CARLOS ANTONIO DA SILVA</u> Registro: | | | | | |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clínica: | EMP: | LR: |
| Data: <u>19/03/18</u> | Cirurgião: <u>Dr. JANSEN</u> | | | 1º Assistente: <u>WILSON</u> | |
| 2º Assistente: <u>LEONARDO</u> | 3º Assistente: <u>YUNIR</u> | | | Instrumentador: | |
| Anestesista: | | Tipº Anestesia: | | Horário: I: | T: |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| <u>- DMC em TIBIA (D)</u> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| <u>- PSEUDOARTROSE em TIBIA (D)</u> | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | CÓDIGO | |
| <u>- LIMPEZA</u> | | | | | |
| <u>- UMS</u> | | | | | |
| <u>- COLETA DE MATERIAL P/ CULTURA</u> | | | | | |
| <u>- PEITO FIXADO EXTERNO</u> | | | | | |
| | | | | COMPREV COMPRESSEURS E PREVIDÊNCIAS/IA 14 FEV. 2019 | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não | Descreva: <u>PROTÓCOLO</u> | | | |
| Biópsia de Congelação: | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:39
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020412023893900000037263222
Número do documento: 21020412023893900000037263222

Num. 39090234 - Pág. 27



RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------|-----------|---------------------------------|-----|
| Nome: <u>CARLOS ANTONIO DA SILVA</u> Registro: | | | | | |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clínica: | EMP: | LR: |
| Data: <u>19/03/18</u> | Cirurgião: <u>Dr. JANSEN</u> | | | 1º Assistente: <u>TÚLIO S13</u> | |
| 2º Assistente: <u>LEONARDO</u> | 3º Assistente: <u>YUNIRI</u> | | | Instrumentador: | |
| Anestesista: | | | | Horário: I: | T: |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | | |
| <u>- DMC da TIBIA (D)</u> | | | | | |
| CID | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | | |
| <u>- PSEUDOMÍOSSE da TIBIA (D)</u> | | | | | |
| CID | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | | |
| <u>- LIMPEZA</u> | | | | | |
| <u>- RMS</u> | | | | | |
| <u>- COLETA DE MATERIAIS P/ CULTURA</u> | | | | | |
| <u>- FEITO FIXADOR EXTERNO</u> | | | | | |
| CÓDIGO | | | | | |
| COMPREV SEGURÓ SERV DÊNCIA SIA | | | | | |
| 14 FEB. 2019 | | | | | |
| PROT OC O A O P ESSOA | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | 1 () Sim 2 (X) Não | Descreva: | | |
| Biópsia de Congelação: | | 1 () Sim 2 (X) Não | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | |
|---|----------------|--|-----------|--|
| Nome: <i>Carlos Henrique da Silva</i> | | | | Registro: |
| Idade: <i>06/02/18</i> | Sexo: <i>M</i> | Cor: <i>Branca</i> | Clínica: | EMP: _____ LR: _____ |
| Data: <i>06/02/18</i> | | Cirurgião: <i>Flávio</i> | | 1º Assistente: _____ |
| 2º Assistente: _____ | | 3º Assistente: _____ | | Instrumentador: _____ |
| Anestesista: <i>Souza</i> | | Tipo Anestesia: <i>General</i> | | Horário: <i>11:00</i> T: _____ |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>Infecção do fígado Cirúrgico</i> | | | | CID: _____ |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | COMPREV: <i>1</i> CID: <i>1</i> EV: <i>2019</i> SEGURO: <i>1</i> PREVIDÊNCIA: <i>1</i> |
| PROcedimento (S) CIRúRGICO (S) <i>Infecção do fígado Cirúrgico</i> | | | | CÓDIGO |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não | Descreva: | |
| Biópsia de Congelação: | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020412023893900000037263222>

Número do documento: 21020412023893900000037263222

Num. 39090234 - Pág. 29



RELATÓRIO DE CIRURGIA

| Nome: <u>Carlos Antônio de Souza</u> Reg. nro: _____ | | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|-----------|-----------------------------------|-----|
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clinica: | EMP: | LR: |
| Data: | Cirurgião: | 1º Assistente: <u>D</u> | | | |
| 2º Assistente: | 3º Assistente: | Instrumentador: | | | |
| Anestesista: <u>Dr. Gabinho</u> | Tipo Anestesia: <u>Dopar</u> | Horário: I: | | T: | |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| <u>Sut. esp. tâmea</u> <u>esclera</u> <u>lúp. 2</u> <u>exp. mst. e sutura</u> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | CID | |
| | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | CÓDIGO | |
| <u>Limppe</u> <u>Cirurgice</u> | | | | | |
| | | | | COMPREV | |
| | | | | COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A | |
| | | | | 14 FEV. 2019 | |
| PROTÓCOLO | | | | | |
| AG. JOÃO PESSOA | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim | 2 (<input type="checkbox"/>) Não | Descreva: | | |
| Biópsia de Congelação: | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim | 2 (<input type="checkbox"/>) Não | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: | | | | | |
| 1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Asfixia e acelerar
lo congo operado

Incisão:

Radical de resecção
simples + liga

Achados:

eletrico e
fundi específico

Conduta:

~~Fez~~ da "fronte" para
"rodar" rebolho.

Fechamento:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14 FEV. 2019

OBS:

PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA

Data: 30/11/18

Suelio Moreira Torres
CRM-PB 1550

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangaíra II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:39
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020412023893900000037263222
Número do documento: 21020412023893900000037263222

Num. 39090234 - Pág. 31



RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | |
|--|--|----------------|--|-----------|-----------|
| Nome: <i>Renzo Antônio Sá</i> | | | | Registro: | |
| Idade: <i>22</i> | Sexo: <i>M</i> | Cor: <i>Br</i> | Clinica: <i>ORTO</i> | EMP: | LR: |
| Data: <i>22/11/18</i> | Cirurgião: <i>Dr. Hilton Willcoxen</i> | | 1º Assistente: <i>Dr. Henrique</i> | | |
| 2º Assistente: | | 3º Assistente: | Instrumentador: | | |
| Anestesista: <i>Ana Maria</i> | Tipo Anestesia: <i>Logar</i> | | Horário: <i>I:</i> | T: | |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| <i>Fratura exposta da base do osso do peno com ferida infectada</i> | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| PROTOCOLO <i>AG. JABAPESSOA</i> <i>14 FEVEREIRO 2019</i> <i>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA SA</i> | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | | CÓDIGO |
| <i>MC + Ressecção.</i> | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | Descreva: |
| Biópsia de Congelação: | | | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

Rua Aé. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------|--------------------|-----------|---|
| Nome: <i>Adelio Autolli</i> | | | | Registro: | |
| Idade: | Sexo: <i>M</i> | Cor: | Clínica: <i>01</i> | EMP: | LR: |
| Data: <i>09/11/12</i> | Cirurgião: <i>Dr - Raul</i> | 1º Assistente: | | | |
| 2º Assistente: | 3º Assistente: | Instrumentador: | | | |
| Anestesista: | Tipo Anestesia: | Horário: | I: | T: | |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| <i>Ex. Exponha ao Dr. Adelio pern</i> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | | CID |
| <i>O lento</i> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | | CÓDIGO |
| <i>Linf abdominal</i> | | | | | <i>COMPREV COMPREV SEGUR 14 FEV. 2015 PROT AG. JOAO</i> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não | | | | | Descreva: <i>✓</i> |
| Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não | | | | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | | |

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020412023893900000037263222>

Número do documento: 21020412023893900000037263222

Num. 39090234 - Pág. 33

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em ORN sob anestesia
- Anestesia + cateterismo + operação de campo aberto

Incisão:

-

Achados:

- Frenum descolado em área de necrose em nível articular da fibula.

Conduta:

- Realizou descolamento de friso desvitalizado e escoamento
- Fazendo a freg. de ferro encontrada.
- Cerrada com gaze higienizada.

-

COMPREV
COMPREV SEGUROSE E PREVIDÊNCIA S/A
14 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

OBS: Descolamento articular da fibula pelo círculo plástico.
Solicitar槃er.

Data: 22/11/17

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM-PB 81277
MÉDICO CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pauete abr. 204
Anepso + Ateliolipid
Sulforan
Posição de Colpo encosto

Incisão:

Debridamento de F.O
Ampliação sole negra
fiss. fibro (B)

Achados:

Ex exposição dos ossos periosteais

Conduta:

MF com 300,91.10h.
Redutor + Spuma de placa
9,7 de P ile 6 contínuas midímeras e 6 gestais
Sutura sob placa autógena
Rx com hale curativo.

| |
|-----------------------------------|
| COMPREV |
| COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A |
| 14 FEV. 2019 |

Fechamento:

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OBS:

Data: 09/11/17

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

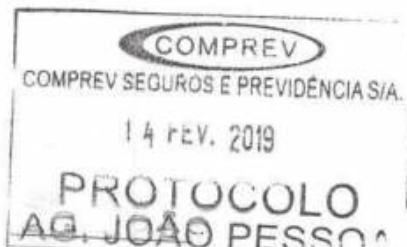


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020412023893900000037263222>

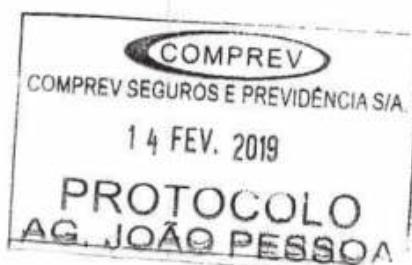
Número do documento: 21020412023893900000037263222

Num. 39090234 - Pág. 35



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020412023893900000037263222>
Número do documento: 21020412023893900000037263222

Num. 39090234 - Pág. 36



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190131960 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA **Data do acidente:** 09/11/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 |
|---|--|--|---------------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| | | Total | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Carlos Antônio da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão operário, RG nº 2.839.087, CPF/MF nº 039.123.571-13, residente e domiciliado(a) à Rua R. Francisca Alvaria da Conceição, 35 Alto do Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58027-482, telefone 99105-5363, 98663-4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 07 de agosto de 2018.

Carlos Antônio da Silva

OUTORGANTE

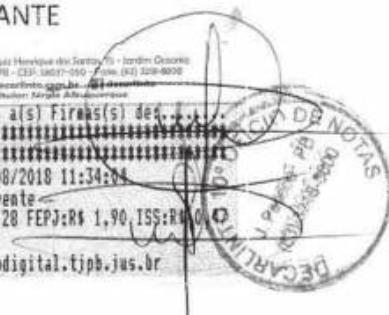


Rua Fernando Lázaro Henrique da Costa, 73 - Jardim Graciosa
João Pessoa - PB - CEP: 58037-050 - Fone: (83) 3288-8000
www.decarlinto.com.br - E-mail: atendimento@decarlito.com.br

Decarlito
10º Ofício

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
CARLOS ANTONIO DA SILVA*****

En. test. da verdade. João Pessoa-PB 07/08/2018 11:34:04
Debora Ferreira Vieira de Sena - Escrivane
[2018-059959]ENOL:R\$ 49,48 FARPE:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,00
SELO DIGITAL: AHH22777-97X0
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



COMPREV
JADEV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14 FEV. 2019

PROTOCOLO
JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020412023893900000037263222>
Número do documento: 21020412023893900000037263222

Num. 39090234 - Pág. 39

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056212/19

Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA

CPF: 034.123.574-13

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 09/11/2017

CPF de: Próprio
Titular do CPF: CARLOS ANTONIO DA SILVA

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

CARLOS ANTONIO DA SILVA : 034.123.574-13

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: 14/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020412023893900000037263222>
Número do documento: 21020412023893900000037263222

Num. 39090234 - Pág. 40



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08421285820198152001

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 **CARLOS ANTONIO DA 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:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

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.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoportoadvocados.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020412024026200000037263223>
Número do documento: 21020412024026200000037263223

Num. 39090235 - Pág. 1

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 2 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020412024026200000037263223>
Número do documento: 21020412024026200000037263223

Num. 39090235 - Pág. 2