



Número: **0821884-94.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **29/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35621170	19/10/2020 12:42	Petição	Petição
35621173	19/10/2020 12:42	2647391_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
35621174	19/10/2020 12:42	2647391_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190327501

Vítima: GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA

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, contatos 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 14322414

Pag. 00631/00632 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190327501

Vítima: GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA

Data do Acidente: 25/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE RAMOS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000000374**

Conta: **0000018845-6**

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, retorne 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





GOVERNO DO ESTADO DA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA
DELEGACIA DE ACIDENTES E
Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/N - Catolé - Campina Grande - 58410168 (83) 3310-9819



CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000090/19 registrada em 08/05/2019, que passo a transcrever na íntegra: Aos oito dias do mês de maio do ano de 2019, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DE ACIDENTES E VEÍCULOS, quando encontrava-se presente a Bela. JOSEFA ALVES DE ASSIS, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:45 horas, compareceu o Sr. GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA, com 48 anos de idade, filho de JOÃO CLEMENTINO PEREIRA e RITA ARAÚJO PEREIRA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de PARAIBA - PB, Casado, escolaridade Medio Completo, profissão , portador da Cédula de Identidade Nº 1.602.788, expedido pela SSP-PB, com C.P.F. de Nº 93108141449, residindo à rua SEVERINO VERÔNICA, 138, bairro CONCEIÇÃO, na cidade de Campina Grande - PB.

Declarou que:

Informa o comunicante, que por volta das 13h30min do dia 25.12.2018, estava trafegando pela Rua anterior Navarro, Bairro da Prata, nesta cidade de Campina Grande/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 150 BROS ES, ano/modelo 2013/2013, cor preta, chassi nº 9C2KD0550DR120296, de placa oeu-7733/PB, licenciada em nome de Isaac Ronaldo da Silva, quando no cruzamento com a Rua Presidente João Pessoa foi surpreendido por um veículo de marca, cor, placas e demais características que ignora, inclusive o condutor, que trafegava em velocidade acima do normal, que não obedeceu a sinalização de trânsito e invadiu a via preferencial por onde o comunicante trafegava, atingindo-lhe na lateral esquerda, sendo que em decorrência do impacto o comunicante foi jogado ao solo, sofrendo fratura fechada de acromioclavicular E, sendo socorrido para o hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia, enquanto que o condutor do veículo causador do acidente ausentou-se do local; Que, na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o comunicante sob a influência de bebida alcoólica; Que, não foi realizada nenhuma perícia técnica no local por parte dos Policiais Militares dos Policiais do BPTan; Que, o comunicante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo causador do sinistro, caso o mesmo seja identificado, pois pretende apenas receber a indenização do seguro obrigatório a que tem direito. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Campina Grande, Quarta-feira, 8 de Maio de 2019

GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA

Declarante

José Alberto do Nascimento
Escrivão de Polícia

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão

SABEMI - REC. EM 16 MAI 2019





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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

Jose Ramos de Azevedo

inscrito (a) no CPF/CNPJ

408.289.644, 91

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Giovanni Elementino Pereira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 931.081.414

do sinistro de DPVAT cobertura

muçiclez

da Vítima

Giovanni Elementino Pereira

inscrito (a) no CPF sob o Nº

931.081.414, 49

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Reverso

Renda:

Reverso

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Não uso 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:

Rua Vital Francisco Silva

Número

63

Complemento:

1ª andar

Bairro:

Centro

Cidade:

Queimadas

Estado:

PB

CEP:

58475-000

E-mail:

Tel. (DDD):

(83) 98822-4322

Local e Data:

Queimadas Grande 10/05/2019

Jose Ramos de Azevedo

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017

SABEMI – REC. EM 16 MAI 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 12:42:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101912420298400000034025535>

Número do documento: 20101912420298400000034025535

Num. 35621173 - Pág. 4

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ISAAC RONALD CLEMENTINO DA SILVA

RG nº 4.003.881, data de expedição 31/10/2011

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 096445084-40

com domicílio na cidade de CAMPINA GRANDE, no Estado de

PARAIBA PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SPURRINO VERÔNICA, nº 238

complemento EU, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

GIOVANE CLEMENTINO PEREIRA, cujo o condutor era

GIOVANE CLEMENTINO PEREIRA

Veículo: MOTO Modelo: BROS NXR 150 Ano: 2013

Placa: OEU-7733 Chassi: 9C2KD05500R120286

Data do Acidente: 25/12/2018

Local e Data:

Campina Grande 03/05/2019



ISAAC RONALD CLEMENTINO DA SILVA

Assinatura do Declarante

Suelio Moreira Torres

Assinatura do Condutor

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



1º SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
IVANDRO CUNHA LIMA
Rua Vidal de Negreiros, 70 - Centro - Campina Grande - PB - CEP 58.400-263
Fone/Fax: (83) 3321-2179 - (83) 3321-1202 - (83) 3321-1150

RECONHECIMENTO DE FIRMA

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
196.445.084-40 - ISAAC RONALD CLEMENTINO
DA SILVA, Dou fé, Campina Grande (PB) -
16/05/2019 - 13:12. Selo Digital: A1142112-NKQ1.



Em testemunho da verdade,

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol.: R\$ 9,83 FEPJ.: R\$ 1,86 FARPEN: R\$ 0,29 ISSQN: R\$ 0,50 Total: R\$ 12,70





GOVERNO
DA PARÁIBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Giovanni Clementino Pereira		
End:	R. Severina Vênus 138	Bairro:	Alto Bonow
Data de Nascimento:	29/06/1970	Documento de Identificação:	2.940.000.93
Queixa:	Q de moto	Data do Atendimento:	25/12/2018
Acidente de trabalho?	() Sim (x) Não	Hora:	14:30
Documentação:			

Classificação de Risco

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

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

(x) Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial
EX-FERMEIRA
COREN-PA 287.537

Assinatura e carimbo do profissional

SABEMI - REC. EM 16 MAI 2019

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	GIDUANI, CLAUDIO			Alojamento	Leito	Convênio	(2050757)
----------	------------------	--	--	------------	-------	----------	-----------

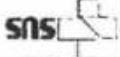
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
25/12/18	1. Dieta livre;		25/12/18
14/1/50	2. - galeas;		
	3. 1) pinoce; 1g + 40,		
	60, 60, 60;		
	4. - Filatol: 1g + 40,		
	40, 60, 60/12h;		
	5. - Pré-op tolerado		
	6. - SSVU + CCG -		

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 5321 - TEOT: 12455
Cirurgião VENTRAL-SBC

Dr. Rodrigo Amorim
CRM-PB 5321 - TEOT: 12455
Cirurgião VENTRAL-SBC

SABEMI – REC. EM 16 MAI 2019



 Sistema Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES 2 - CNES: 2362856		Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: GIOVANI CLEMENTINO PEREIRA 6 - Nº DO PONTUÁRIO: 1800504	
Identificação do Responsável 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: RITA ARAUJO PEREIRA 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): SEVERINA VERONICA, 138, ALTO BRANCO 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Campina Grande		Identificação do Solicitante 29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 980016278156267 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: RODRIGO PORTO AMORIM GUEDES 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 25/12/2018	
Justificativa da Internação 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <i>Acidente de carro + ferimento na cabeça e no corpo</i> 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <i>fratura de fêmur</i> 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <i>fratura de fêmur</i>		Procedimento Solicitado 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <i>fratura de fêmur</i> 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:	
Preencher em caso de causas externas (Acidentes ou Violências) 33 - () ACIDENTE DE TRÁFEGO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO 36 - CNPJ DA SEGURADORA:		Caracter da Internação 26 - CLÍNICA: <i>02</i> 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <i>urg</i> 28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF:	
Autorização 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <i>Dr. Suelio Moreira Torres</i> 44 - COD. ORGÃO EMISSOR: <i>02</i> 45 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <i>980016278156267</i> 46 - ASSINATURA E CAMBIO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <i>Dr. Suelio Moreira Torres</i> 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <i>16/05/2019</i>		Informações Gerais 37 - Nº DO BILHETE: <i>02</i> 38 - CNPJ DA EMPRESA: <i>000000000000000000</i> 39 - CNPJ EMPRESA: <i>000000000000000000</i> 40 - CNPJ DA EMPRESA: <i>000000000000000000</i> 41 - CBOB: <i>000000000000000000</i> 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: <i>() EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO</i>	

Data da internação: 25/12/2018 Hora: 14:51:13



<p>GOVERNO DA PARAIBA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES</p>										<p>REQUISICÃO DE EXAM</p>	
<p>DN = 03</p>											
NOME:		B I O V I N I C E C S A G N I N O									
IDADE:		SEXO:		COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:	
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>							
DADOS CLÍNICOS:											
<p><i>Pre - op</i></p>											
MATERIAL A EXAMINAR:											
EXAMES SOLICITADOS:											
<p><i>E.C.G. + p. cardíaco</i></p>											
<p>Dr. Rodrigo Amorim CRM-PB 6321 - TEND: 12455 CRA-PB 6321 - TEND: 12455</p>											
URGÊNCIA:		<input checked="" type="checkbox"/>		ROTINA:		<input type="checkbox"/>					
DATA:		25/12/18		HORA DA SOLICITAÇÃO:							

GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAM	
NOME:		GEOVANA DEBORA		PRONTUÁRIO			
IDADE:		SEXO:		COR:		PESO:	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/>					
DADOS CLÍNICOS:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.: LEITC	
guilherme pos-queiro							
MATERIAL A EXAMINAR:		RAIO X		REALIZADO EM:		28/12/18	
EXAMES SOLICITADOS:		PA de ouvido					
URGÊNCIA: <input type="checkbox"/>		ROTINA: <input type="checkbox"/>		HORA DA SOLICITAÇÃO:			
DATA:							



1800438. DUV = 28.06.10

GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO		REQUISICÃO DE EXAM	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES					
NOME:	6	0	V	A	N
IDADE:	6	0	V	A	N
SEXO:	M	F	B	P	A
COR:	B	P	A		
PESO:	6	0	V	A	N
ALTURA:	6	0	V	A	N
CLÍNICA:	6	0	V	A	N
ENF.:	6	0	V	A	N
LEIT	6	0	V	A	N
DADOS CLÍNICOS:					
Politrauma					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS:					
Rx de tórax (AP) Rx de cotovelo E					
Rx de ombro E (AP e Axilar)					
URGÊNCIA:	<input type="checkbox"/>	ROTINA:	<input type="checkbox"/>	HORA DA SOLICITAÇÃO:	
DATA:					

REALIZADO EM 05/12/18

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 12:42:06
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101912420298400000034025535
Número do documento: 20101912420298400000034025535



SABEMI - REC. EM 16 MAI 2019

[Handwritten signature]

[Handwritten text: "Assinado e enviado a ..."]

[Handwritten text: "Assinado e enviado a ..."]



2011

101.

$$= 75.45$$

2. 10. 1950 - 20. 10. 1950

00047

22

500

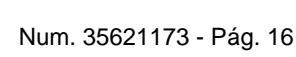
2

0.0 0.2

$\alpha_1 = \frac{1}{\sqrt{2}}$

221

7



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

[illegible]

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2020 12:42:06

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101912420298400000034025535>

Número do documento: 201019124202984000000034025535

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimentação 2 membros = 1 Movimentação 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispneia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O2 < 90 com oxigênio = 0 Sat O2 > 90 com oxigênio = 1 Sat O2 > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

Assinatura do anestesista

TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)



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

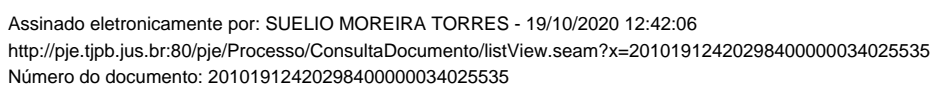




Paciente:	Georgina Clementino Pereira	Idade:	48 A
Convênio:	Sure	Data:	07.10.18
Procedimento:	Trat. cirurg. fístula de chaze		
Cirurgião:	Dr. Raulen	Auxiliar:	
Anestesiista:	Dr. Leonardo	Anestesia:	Alcool
Início:	09:30	Término:	03:30

[illegible][illegible][illegible]

9



06.12.38 16:00 PA: 330X10. Oculista consult, agui
sem oftalmosc. B
Data 07/12/18 - Hora - 800 - PA
Pacote c/ AUF, sem aparelho
de den, Agui no pendurado
Munio de Souza Santos
Téc. Oculista
COREN-PB 1184500
da autermaxm

My dear

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

8.5

Diagnóstico

[illegible]

Paciente admitido para
atendimento no bloco
EGR, cirurgia, quando
acianótico. Em monitor
por exame de pulso
de derivação E. mudo
conforme pareceres
médicos.

28/12/18



RECEBUEM 1900
MEL
MEL

28/12/18 9:00h PA 120x80 Jaceu Teve eufu, da
brilando, bem patese e guetas.

PA 130x80
MEDICINA
TECHNICA
Cirurgia



SABEMI – REC. EM 16 MAI 2019

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Número do documento: 20101912420298400000034025535

DIAGNÓSTICO

[illegible]

AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA COM RISCO CIRÚRGICO

NOME: Suelio Moreira Torres IDADE: _____ SEXO: _____

IMC: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PROFISSÃO: _____ DATA: _____

1 - SINTOMATOLOGIA CARDIOVASCULAR:

() Assintomática () Sintomática () Oligossintomática

SINTOMAS:

() Cefaleia () Dispneia de esforço () Tontura () Grande Média () Tosse Seca () Emopões () Frio

() Relacionada () Esforço () Dor Precordial () Palpitações

() Síncope () Ortopnéia () Expectoração () Atípica () Pós-prandial

2 - ATOLOGIAS EM CURSO:

() Hipertensão Arterial Sistêmica () Diabetes Mellitus () Arritmias

() Hipertensão Pulmonar () Insuf. Cardíaca Congestiva () Insuf. Renal

() DPOC () Outros () Insuficiência Coronariana () Aguda () Crônica

3 - ANTECEDENTES PESSOAIS:

() Alergia a Medicamentos: Não

() Dislipidemia () Tabagismo () Sedentarismo () Outros

Medicamentos em uso

() Não () Sim

4 - EXAME FÍSICO:

() Estado Geral () Bom () Regular () Comprometido () Precário () Altura () Peso

Cardiovascular - Comentários:

ECG: IT, BPEF, S2FC: 82b.p.m P.A.: 150x80 mmHg

Ap. Respiratório - Comentários:

LEVE

Abdômen - Comentários:

VDA

Membros inferiores - Comentários:

ADP

Ex. Laboratoriais:

6 - CONCLUSÃO RISCO CIRÚRGICO:

() Grau I - AVC e ECG - normais (Risco Cirúrgico Normal)

() Grau II - AVC e ECG - anormais (Risco Cirúrgico Normal)

() Grau III - AVC e ECG - anormais (indicado Monitorização Cardíaca)

() Grau IV - AVC e ECG - com graves alterações (Alto Risco Cirúrgico - se possível evitar)

Obs.:

Dr. Silvestre de A. Gonçalves
CRM 794
CARDIOLOGIA

Ass. do Médico

SABEMI - REC. EM 16 MAI 2019





Este laudo foi assinado digitalmente sob o número: 83B5-685A-99F6-8A19-695A-1C02-3759-E02D

Geraldo Ramalho da Fonseca Neto
 Médico
 CRM - 5010

TEMPO DE COAGULACAO
 [DATA DA COLETA: 25/12/2018 17:48]
 Material: Sangue
 Método: Lee-White
 Valores de Referência: De 5 a 11 minutos
 6'30" min

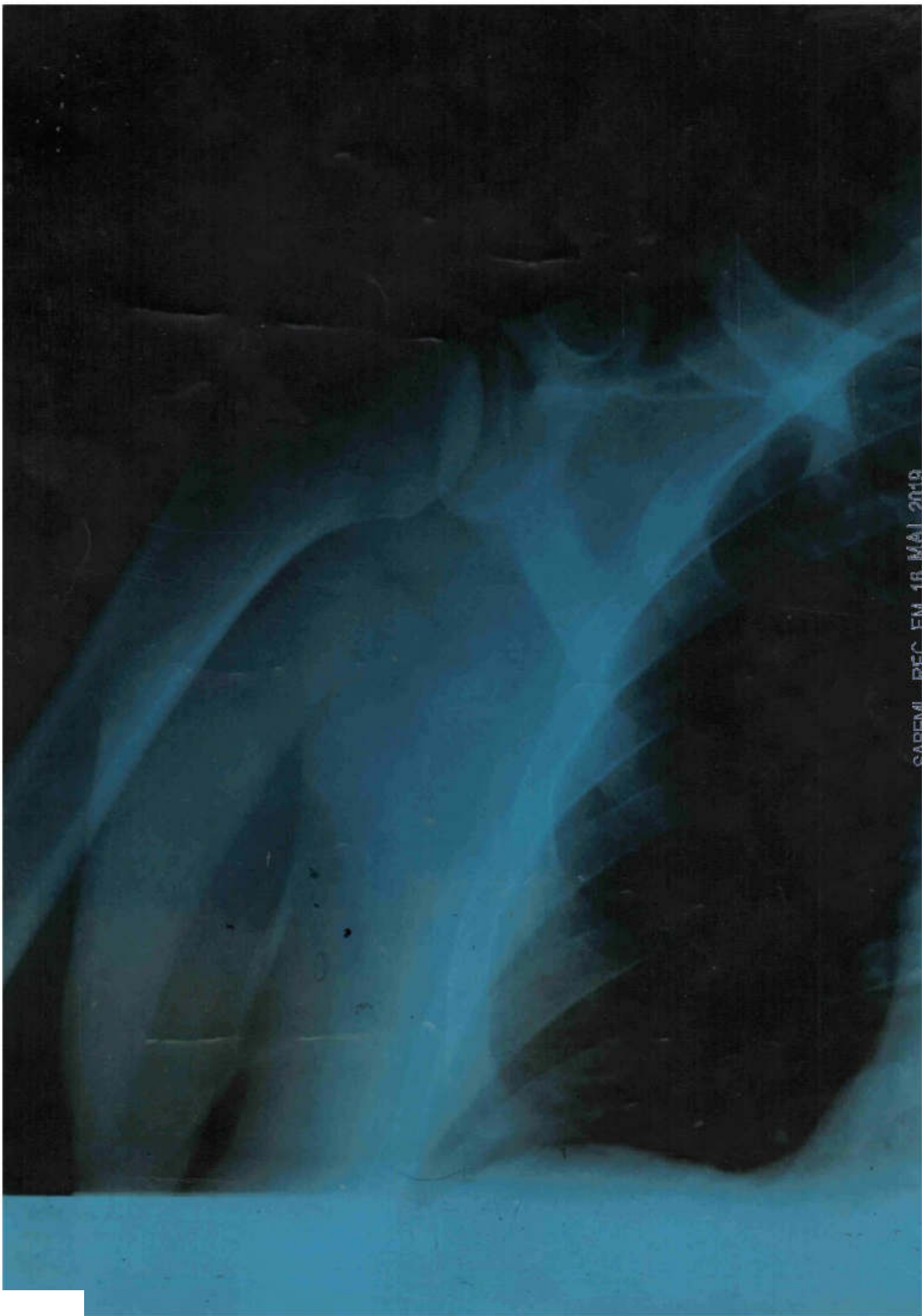
TEMPO DE SANGRAMENTO
 [DATA DA COLETA: 25/12/2018 17:48]
 Material: Sangue
 Método: Duke
 Valores de Referência: De 1 a 3 minutos
 1'20"

Sr(a): GIOVANI CLEMENTINO
 Dr(a): RODRIGO AMORIM
 Convênio: HOSPITAL DE TRAUMAS D. LUIZ G. FERNANDES
 Idade: 48 anos
 Data: 25-12-2018 17:48
 Origem: AREA AMARELA
 Destino: AREA AMARELA
 RG: NÃO INFORMADO
 Protocolo: 0000442343



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE TRAUMAS DOM LUIS
GONZAGA FERNANDES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS





SABEMI REC-EM 18 MAI 2019



IDENTIDADE Nº 01661 DATA EXP: 23/02/2013
 DOADOR DE ÓRGÃOS/TECIDOS ☒ SIM ☐ NÃO
 VALIDADE INDETERMINADA

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Titular

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
 TÉCNICO EM RADIOLOGIA GERAL Nº 021617

JOSE RAMOS DE ARAUJO
 SEVERINO DANIEL DE ARAUJO
 IZAURA RAMOS DE QUEIROZ

NASC: 11/06/1962 NATURAL: Taperoá/PB
 VALIDADE: 71.8456 CPE: 408.289.644-91
 IDENT Nº: 71.8456 ORG. EXP: SSP/PB
 ITAÇÃO: RADIOLOGIA

Fontaine de Araújo Silva
 DIRETOR FILIAL/DIRETOR

PRIMEIRO PLASTIFICAR

1497902643

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1497902643

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSELHO NACIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
 TÉCNICO EM RADIOLOGIA GERAL Nº 021617

JOSE RAMOS DE ARAUJO
 SEVERINO DANIEL DE ARAUJO
 IZAURA RAMOS DE QUEIROZ

NASC: 11/06/1962 NATURAL: Taperoá/PB
 VALIDADE: 71.8456 CPE: 408.289.644-91
 IDENT Nº: 71.8456 ORG. EXP: SSP/PB
 ITAÇÃO: RADIOLOGIA

Fontaine de Araújo Silva
 DIRETOR FILIAL/DIRETOR

SABEMI - REC. EM 16 MAI 2019





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.003.991
DATA DE EXPEDIÇÃO	31/10/2011
NOME	ISAAC RONALD CLEMENTINO DA SILVA
FILIAÇÃO	GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA MARIA BETÂNIA DA SILVA PEREIRA
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB
DOC. ORIGEM	NASC. N. 13177 FLS. 295V LIV. A11 CARTÓRIO CAMPINA GRANDE-PB
CPF	096.445.084-40
ASSINATURA DO DETENTOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	

SABEMI - REC. EM 16 MAI 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190327501 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA **Data do acidente:** 25/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08218849420198150001

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 **GIOVANNI CLEMENTINO PEREIRA**, 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 parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 7 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES

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



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 - 19/10/2020 12:42:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101912420638100000034025536>
Número do documento: 20101912420638100000034025536

Num. 35621174 - Pág. 2