



Número: **0801148-67.2019.8.15.0191**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Soledade**

Última distribuição : **31/07/2019**

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	
HENRIQUE FERNANDES (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38589288	21/01/2021 10:21	Petição	Petição
38589290	21/01/2021 10:21	2649777_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
38589291	21/01/2021 10:21	2649777_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, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190364735

Vítima: HENRIQUE FERNANDES

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HENRIQUE FERNANDES

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,

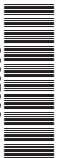
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14420816

Pag. 00115/00116 - carta_01 - INVALIDEZ

00020058





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, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190364735

Vítima: HENRIQUE FERNANDES

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), HENRIQUE FERNANDES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00237/00238 - carta_03 - INVALIDEZ

00050119



Carta nº 14421831



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 10:21:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012110211673400000036794648>

Número do documento: 21012110211673400000036794648



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, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190364735

Vítima: HENRIQUE FERNANDES

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), HENRIQUE FERNANDES

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 joelho 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: HENRIQUE FERNANDES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 000000526531-8

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.

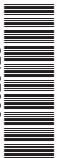
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00857/00858 - carta_30 - INVALIDEZ

00020429



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0190959119 CPF da vítima: 09067275450 Nome completo da vítima: Henrique Fernandes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Henrique Fernandes CPF: 090 672 754 50

Profissão: agricultor Endereço: Rua Manoel Galdino de Santo Número: 51N Complemento:

Bairro: Centro Cidade: Curitiba Estado: PB CEP: 53167 000

E-mail: inocio.burno.adv@gmail.com Tel. (DDD): 83 33341289

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 005265318

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:

Local e Data: Campina Grande - PB 05/06/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____

2º Nome: 05 JUN. 2019 CPF: _____



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 07/2019

DATA DO FATO: 03/03/2019 HORA DO FATO: 17:30

LOCAL DO FATO: SERIDÓ-PB

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:
Às 15:00 hs do dia 29/05/2019.

MOTIVO/TIPIFICAÇÃO: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

DO (A) COMUNICANTE: HENRIQUE FERNANDES, brasileiro, solteiro, agricultor, RG nº 393587538 SSP-SP, nascido em 10/07/1989, filho de JOVELINO FERNANDES FILHO e MARLI CORDEIRO FERNANDES, Residente na Rua Manoel Galdino, 404, Cubati-PB, cel: 988858920.

NARRAÇÃO DO FATO: Narra o comunicante que na data de 03/03/2019, por volta das 17:30 hs, estava trafegando na PB 177, próximo a cidade de Seridó-PB, em seu carro, quando foi atingido por outro automóvel. Que não recorda dos fatos após o acidente, mas lembra de ter sido socorrido por uma equipe do SAMU para o hospital de trauma de Campina Grande. Que carro se trata de um FORD KA FLEX, PLACA MNZ5695/PB, ANO-MOD 2008/09, CHASSI Nº 9BFZK03A89B026262, RENAVAM Nº 00967682282, LICENCIADO EM NOME DE REGINALDO BARBOSA DUARE. Era o que havia a registrar.

Cubati-PB, 29 de MAIO de 2019.

COMUNICANTE: Henrique Fernandes


CARLOS EDUARDO MALTA NASCIMENTO
MAT:168311-0
AG. INVESTIGAÇÃO

CIVIL
PARAÍBA



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 0190959119 CPF da vítima: 09067275450 Nome completo da vítima: Henrique Fernandes

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Henrique Fernandes CPF: 090 672 754 50

Profissão: agricultor Endereço: Rua Manoel Galdino de Santo Número: 51N Complemento:

Bairro: Centro Cidade: Curitiba Estado: PB CEP: 53167 000

E-mail: inocio.burno.adv@gmail.com Tel. (DDD): 83 33341289

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0041 CONTA: 005265318

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:

Local e Data: Campina Grande - PB 05/06/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____

2º Nome: 05 JUN. 2019 CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOLEDADE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU SOLEDADE



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU SOLEDADE - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 3/3/2019	HORA: 17:30	ID N°: 1759365 USA 31
NOME: HENRIQUES FERNANDES		
QUEIXA: COLISÃO CARRO COM CARRO		
LOCAL: PB 177		
COMPLEMENTO: SENTIDO SÃO VICENTE		
CIDADE: SOLEDADE		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergencia e Trauma		

Soledade, 28 de maio de 2019.



Gláucia Michaelle F. Costa
Coordenadora SAMU

GLÁUCIA MICHAELLE F. COSTA
COREN 284.878

Coordenação
SAMU Soledade 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Horácio da Costa Lima, Centro CEP: 58155-000 Soledade-PB



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:	27/06/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HENRIQUE FERNANDES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000526531-8

Nr. da Autenticação 44E52BBDE8639986





68169787

REFERENCIA

CONTA DE CONSUMO DE AGUA ELÉCTRICO E SERVICIOS

APR/2019

HENRIQUE FERNANDES
RUA MANOEL GALDINO DE SOUZA, S/N - CENTRO CURATI
PB 58167-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
0.39.001.205.0-04-000	000	1	0	0	0	
Hidrómetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y14N327430	04/11/2014	EXTERNO	LIGADO	*OTENCIAL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M ³) TARI DE DIAS PRÓXIMA LEITURA 201 204 1 30 24/05/2019						
HIST. CONS. ZANON LIT. QUANT. ÁGUA RECL. DO PORT. 05/2017 MS.						
MAR/2019	4	PARAF. (RDS)	1816	ANALIS.	CONFORMES	
FEV/2019	4	PARAF. (RDS)	0	0	0	
JAN/2019	5	CLODO	0	0	0	
DEZ/2018	5	CEL. TENSÃO	0	0	0	
NOV/2018	5	COR	0	0	0	
OUT/2018	5	CEL. TENSÃO	0	0	0	
MÉDIA (C)	4	DADOS REPRESENT. A FEV/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 25/04/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:18:48

DESCRIÇÃO

COMPLAD

TOTAL(R\$)

AGUA

DE SÍNTESIS POR UNIDADES(S)

3. 019

37.91

ESGOTO

ACRES (THOUS.) BEG (L5) ANL. 01-019

0.75

JULIO DE 1924 A 01/1919

0.47



VALOR APROXIMADO DA TRIBUTAÇÃO R\$ 3,51 PIS-E CONFISC LIT 12 741/12

VENCIMENTO:

08/05/2019

Total a Pagar:

RS 39, 13



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZAR

CONDICÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS

ABRIL VERDE: ACHILGAON SCIENTIFICO TRIALING



Diagnóstico

FX exp do pateln D

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente	Idade	Sexo	Alcance	Leito	Convênio
Henrique	29	M	2	1	
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica		
10/06/83	1) Dieta 2200 kcal - 20% de gordura				
	2) S.R.L. 1500 ml - 15% de gordura				
	3) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	4) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	5) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	6) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	7) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	8) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	9) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	10) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	11) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	12) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	13) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	14) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	15) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	16) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	17) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	18) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	19) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	20) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	21) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	22) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	23) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	24) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	25) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	26) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	27) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	28) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	29) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	30) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	31) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	32) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	33) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	34) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	35) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	36) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	37) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	38) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	39) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	40) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	41) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	42) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	43) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	44) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	45) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	46) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	47) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	48) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	49) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	50) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	51) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	52) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	53) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	54) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	55) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	56) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	57) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	58) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	59) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	60) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	61) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	62) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	63) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	64) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	65) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	66) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	67) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	68) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	69) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	70) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	71) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	72) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	73) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	74) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	75) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	76) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	77) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	78) Tetracina 100mg - 15% de gordura				
	79) Tetracina 20mg - 15% de gordura				
	80) Tetracina 100mg - 15% de gordura		</		



GOVERNO
DA PARAÍBA

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 05/03/2019

Horas: 06:31:21

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE

Nº do prontuário: 1845450 Paciente: HENRIQUE FERNANDES Idade: 029 Sexo: M

Nome da Mãe: MARLI CORDEIRO FERNANDES Data de Nascimento: 10/07/1989 Admissão: 03/03/2019

Clínica: ORTOPIEDIA 1 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA



DIA 05/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	SORO RINGER COM LACTATO 500ML E.V. 1FRASCO, 12h/12h	18h - 6h
2	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
3	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABD,	18h - 6h
4	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18h - 6h
5	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
6	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	SN
7	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22h
8	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h OD/7D Diluir em 50 ML SF	22h - 6h - 18h
9	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h OD/7D Diluir em 50 ML SF	18h - 24h - 6h - 12h
10	DIETA LIVRE	
11	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
12	FISIOTERAPIA MOTORA	

EVOLUÇÃO

DATA: 05/03/2019 HORA: 06:31:08

BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS.
CD: VPMASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves CruzEuler Fabricio A. Cruz
FHA - FARMACIA ADMINISTRATIVA
05/03/2019

GOVERNO
DO PARÁ

CNPJ: 10.848.190/0001-55

Data: 06/03/2019

Horas: 09:28:35

Médico (a) Diarista : Euler Fabricio Alves Cruz

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DADOS DO PACIENTE :

Nº do prontuário: 1845450 Paciente: HENRIQUE FERNANDES Idade: 029 Sexo: M

Nome da Mãe: MARLI CORDEIRO FERNANDES Data de Nascimento: 10/07/1989 Admissão: 03/03/2019

Clínica: ORTOPEDIA 1 Enfermaria: 2 Leito: 1 Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA



DIA 06/03/2019

MÉDICO(A) ASSISTENTE : Euler Fabricio Alves Cruz /

Item	Prescrição	Apazamento
1	GENTAMICINA SULFATO 80 MG/2 ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h 1D/7D Diluir em 50 ML SF	22h - 6h - 14h
2	CLINDAMICINA DE 600 MG 4 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h 1D/7D Diluir em 50 ML SF	18h - 24h - 6h - 12h
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	18h - 24h - 6h - 12h
4	TENOXICAM 20 MG SEM DILUENTE E.V. 1FRA AMP, 12h/12h Reconstituir 2ML ABID.	18h - 6h
5	RANITIDINA CLORIDRATO 50 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 12h/12h Diluir em 100 ML SF	18h - 6h
6	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO	SN
7	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO 8h/8h	SN
8	ENOXAPARINA SODICA 40 MG/04 ML S.C. 1SERINGA, 24h/24h (ADM AS 22h)	22h
9	DIETA LIVRE	
10	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
11	JELCO SALINIZADO	
12	FISIOTERAPIA MOTORA	

EVOLUÇÃO

DATA: 06/03/2019 HORA: 09:28:28

BEG, ESTAVEL, SEM INTERCORRENCIAS.

CD: VPM

ASSINATURA + CARIMBO
Euler Fabricio Alves Cruz

cd: este temível exame realizado de R. Agnelo +
rodas + outros.

Dr. Euler Fabricio A. Cruz
MK ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 5661



C: Contaminado

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <u>Benigno Fernandes</u> ON <u>10107/1987</u>					
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
	<u>03</u>	<u>SUS</u>	<u>29a</u>	<u>1845348</u>	
CIRURGIA <u>Trat. cirur. trat. exp.</u>			CIRURGIÃO <u>Dr. Valth</u>		
ANESTESIA <u>Raqui</u>			ANESTESIA <u>Dr. Felix</u>		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
<u>José</u>		<u>03/03/19</u>	<u>22:20</u>	<u>23:00</u>	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
			Catet. pl. Oxi.		Catgut cromado Sertix
			Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
			Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
<u>01</u>			Compressa Pequena		Catgut Simples
			Cotonolde		Catgut Simples Sertix
			Dreno		Catgut Simples Sertix
			Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix
			Dreno Penrose nº		Cera pl. osso
			Dreno Pezzer nº	<u>01</u>	Ethibond <u>Nº 5.0 - (05)</u>
			Equipo de Macrogotas		Ethibond
<u>01</u>			Equipo de Macrogotas		Ethibond
			Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
			Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
			Esparadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sulapak
			Furacim ml		Fio de Algodão Sulapak
			Gase Pacote c. 10 unidades		Fila cardiaca
			H.O. ml	<u>04</u>	Mononylon <u>3-0</u>
			Intracath Adulto		Mononylon
			Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
<u>02</u>			Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
<u>01</u>			Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix
<u>02</u>			Luvas 7.0		Vicryl Sertix
			Luvas 7.5		Vicryl Sertix
			Luvas 8.0		Vicryl Sertix
			Luvas 8.5		
			Oxigênio l/m 3 l/min		
			Poliflix		
			PVPI Degemante ml		
			PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS
			Sabão Antiséptico	<u>01</u>	SG Normotérmico fr 500 ml 100 ml. Gelado
			Saco coletor	<u>02</u>	SG Gelado fr 500 ml
			Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
<u>01</u>			Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
			Seringa desc. 05 ml	<u>06</u>	SG fr 500 ml <u>pl. Paracetamol</u>
			Sonda	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
			Sonda Foley	<u>01</u>	Fio de <u>Stamm</u> <u>Nº 3.0</u>
			Sonda Nasogátrica		
			Sonda Uretral nº		
			Steridren ml		
			Tornelinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
			Gelcon 12		
			Látex		
<u>01</u>			<u>Agulha desc. 25 x 7</u>		
<u>05</u>			<u>Agulha desc. 28 x 28 - 40 x 12</u>		
<u>01</u>			<u>Agulha desc. 3 x 4.5</u>		
<u>05</u>			<u>Agulha pl. raque nº 25</u>		
			Alcool de Enfermagem		
			Alcool Iodado ml		
<u>06</u>			Ataduras de Crepon		
			Ataduras de Gessaga		
			Azu. metileno amp.		
<u>02</u>			<u>Betadine ml</u>		

EQUIPAMENTOS

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| (X) Oxímetro de Pulso | () Foco Auxiliar |
| () Serra | () Eletrocaulério |
| () Desfibrilador | () Oxímetro |
| (X) Foco Frontal | (X) Cardiomonitor |
| () Fonte de Luz | (X) Perfurador Elétrico |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

MOD 006



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 10:21:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012110211673400000036794648

Número do documento: 21012110211673400000036794648

Num. 38589290 - Pág. 13



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

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 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		7
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		2
TOTAL DE PONTOS:		10

10.134
Assinatura do anestesista





Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <i>Henrique Tomazini</i>	Idade: <i>29 anos</i>
Convênio: <i>SUS</i>	Data: <i>03/08/2013</i>
Procedimento: <i>Teste de sensibilidade do fígado de Datoxá direta</i>	
Cirurgião: <i>Dr. Paulo</i>	Auxiliar: <i>R. Mexia</i>
Início: <i>15h</i>	Término: <i>16h</i>
Anestesista: <i>Felix</i>	
Anestesia: <i>Propofol</i>	

[illegible][illegible]

Observações:

Assinatura Anestesiista

Circulante



Nome do Paciente <i>Henrique Fernandes</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>03/05/19</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Di Valth</i>	1º Auxiliar	<i>Dr. Aguiar</i>	
2º Auxiliar <i>Dr. Romero</i>	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura exposta de patela D.</i>			
Tipo de Operação <i>fto Cirurgica</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório <i>0 mm</i>			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- (1) Paciente em D.D.H.
- (2) Anestesia + antiseptico + curios externa
- (3) Anestesia da pele
- (4) Lavagem extensiva com SFO, 91 + Desbridamento de tecido de necrose
- (5) Abertura para o osso na parte proximal e face lateral da patela
- (6) Realizada a fixação do tendão do quadriceps com Krakow e pontos transverais com Ethibond nº 2.
- (7) Sutura do retináculo lateral na patela
- (8) Sutura da pele
- (9) Curativos
- (10) Tala tipo joelheira e externa

Homero M. Gondim
MÉDICO
CRM PR 11789

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



SUS Sistema Único de Saúde 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
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES	4 - CNES 2362856

Identificação do Paciente		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE HENRIQUE FERNANDES		1845450	
7 - CARTÃO DO SUS 700008582369004	8 - DATA DE NASCIMENTO 10/07/1989	9 - SEXO Masc ☒ Fm ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARLI CORDEIRO FERNANDES		11 - TELEFONE DO CONJUGO RDE Nº DE TELEFONE 83 987265210	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) MANOEL GALDINO DE SOUTO , 0 , CENTRO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Cubatí	14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250500	15 - UF PE	16 - CEP 58167000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Do, hessica e debilitado e joelhos D

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
740 Urso negro			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Rx e exame físico			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
Rx exposto de natureza D			

PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO (X) CMS () CPF	29 - Nº DOCUMENTO(CMS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	02		980016296777642
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	32 - ASSINATURA E RUBRICA DO REGISTRADO DO CONSELHO
AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR		03/03/2019	 Aginaldo Lima P. Junior Psicólogo(a) Registrado(a) no Conselho nº 980016296777642

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRANSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBO
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO	() AUTÔNOMO	() DESEMPREGADO	() APOSENTADO
			() NÃO SEGURO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - 47 DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO () CMS		46 - N.º DO DOCUMENTO (CSCPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA CARENADO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Gerson de Jesus Fernandes		
End:	Rua do Povo, 100, Bairro: São Paulo, SN		
Data de Nascimento:	30.07.89	Documento de Identificação:	123456789
Queixa:	Dor de cabeça		
Data do Atend.:	03.03.19	Hora:	19:14
Acidente de trabalho?	☐ Sim ☒ Não		

Classificação de Risco

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

Estratificação

MOD. 110

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

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



03/03/2019

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

2MF 22:00

Paciente encontra-se consciente, orientado, suprimido
apresenta características em face sem sinais de
fratura em face.
S.D. a sintoma para + sintoma em front
O alta da 2MF
B no cuidado da ortopedia

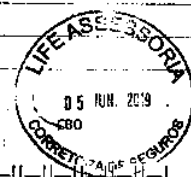
DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

- () Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar () A reavalia
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

X Leislaine Fernandes Gomes
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO



IDADE

projeto/htcg/imp/urgencia.php?confar=1845349

2/2

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 10:21:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012110211673400000036794648

Número do documento: 21012110211673400000036794648

Num. 38589290 - Pág. 19



03/03/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1845349 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES (CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB. CEP: 58432-809 Data: 03/03/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Maria Klidia Andre Lopes Dos SantosPACIENTE: HENRIQUE FERNANDES CEP:58167000 Nascimento:10/07/1989
Endereço:MANOEL GALDINO DE SOUTO

Sexo:M Telefone: 987265210

Cidade: Cubati Idade:029 Bairro:CENTRO

Nome da Mãe: MARLI CORDEIRO FERNANDES RG: N°:0

Responsável: CPF: 09067275450 Profissão:

Estado Civil: Data de CNS:700008582369004

Motivo: ACIDENTE DE CARRO Atend:03/03/2019 CONVÊNIO:SUS

Médico: Hora: 19:29:56 Especialidade:

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injurgimento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Parestesia
33. Queimadura
34. Rinorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIGNOSTICO / CID: De nos / Trauma com contusão

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Pront sem lesão no membro superior direito, com lesão no membro superior esquerdo, com lesão no membro inferior esquerdo, com lesão no membro inferior direito.

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Etorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:
() Gasometria arterial () Radiografias:
() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Bm / às : Dia / /

Especialista: Ortopedia / às : Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	Digite o nome	05 JUN - 2019
2	Nome do paciente	
3	Nome do médico	
4	Nome do consultório	
5	Nome do paciente	
6	Nome do paciente	

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Ronaldo Gadelha
CIRURGIÃO GERAL
CRM: 4739

projetohtcg/impurgencia.php?contar=1845349

1/2

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014200851578

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRM 20180000382077-0

VIA 000 R/T/VAM R/C/T/C EXERCÍCIO

1 0096768228-2 00/00000000 2018

NOME

REGINALDO BARBOSA DUARTE

CPF / CNPJ

08003291470

PLACA

MNZ5695/PB

PLACA ANT / UF

NOVO PB 9BFZK03A89B026262

ESPECIAL TIPO

PAS/AUTOMOVEL/

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

FORD/KA FLEX

ANO FAB. ANO MOD.

2008 2009

CAP / POT / CIL

5 P/73 /CV

CATEGORIA

PARTIC

COX / PREDOMINANTE

BRETA

COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC. COTA ÚNICA

1*

P V A

FAIXA LIZA

PARCELAMENTO / COTAS

2*

3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

23/08/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

CUBATI - PB

LOCAL

23/08/2018

14311

20109

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014200851578 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 23/08/2018

VIA 000 R/T/VAM R/C/T/C EXERCÍCIO

1 08003291470

PLACA

MNZ5695/PB

RENAVAM

00967682282

MARCA / MODELO

FORD/KA FLEX

ANO FAB. ANO MOD.

2008 2009

CAP / POT / CIL

5 P/73 /CV

CATEGORIA

PARTIC

COX / PREDOMINANTE

BRETA

COTA ÚNICA

00/00/0000

VENC. COTA ÚNICA

1*

P V A

FAIXA LIZA

PARCELAMENTO / COTAS

2*

3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

23/08/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

CUBATI - PB

LOCAL

23/08/2018

14311

20109

PRÊMIO TARIFÁRIO

TNS (R\$)

DENATHAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL DO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

DATA DE QUITAÇÃO

23/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.345.608/0001-04

20109-1053410-20180823



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190364735 **Cidade:** Cubati **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE FERNANDES **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Henrique Fernandes
DATA DO ACIDENTE 03/03/2019 CPF DA VÍTIMA 09067275450
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Henrique Fernandes
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Henrique Fernandes
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Israel Galdino de Santos
Nº 512 COMPLEMENTO BAIRRO Centro
CIDADE Cubatão UF SP CEP 58167-000
E-MAIL TELEFONE (83) 33341289

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
NTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 05/06/2019
IDENTIDADE 343587538
ASSINATURA Henrique Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 05 JUN. 2019
NOME
ASSINATURA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 10:21:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012110211673400000036794648>

Número do documento: 21012110211673400000036794648

Num. 38589290 - Pág. 23

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190364735 **Cidade:** Cubati **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE FERNANDES **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO- OSTEOSÍNTESE ALTA.
P 7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190959/19

Vítima: HENRIQUE FERNANDES

CPF: 090.672.754-50

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 03/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HENRIQUE FERNANDES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

HENRIQUE FERNANDES : 090.672.754-50

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: 05/06/2019
Nome: HENRIQUE FERNANDES
CPF: 090.672.754-50

HENRIQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/06/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190959/19

Número do Sinistro: 3190364735

Vítima: HENRIQUE FERNANDES

CPF: 090.672.754-50

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 03/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: HENRIQUE FERNANDES

DOCUMENTOS ENTREGUES

HENRIQUE FERNANDES : 090.672.754-50

Autorização de pagamento

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: 11/06/2019
Nome: HENRIQUE FERNANDES
CPF: 090.672.754-50

HENRIQUE FERNANDES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOLEDADE/PB

Processo: 08011486720198150191

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 **HENRIQUE FERNANDES**, 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.

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 ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, 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,

SOLEDADE, 19 de janeiro 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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/01/2021 10:21:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012110211732800000036794649>
Número do documento: 21012110211732800000036794649