



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 Nome completo da vítima
715 759 004-24 *Saiton Amancio da Silva*

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Saiton Amancio da Silva</i>	CPF titular da conta <i>715 759 004-24</i>	Profissão <i>Estudante</i>
Endereço <i>Rua do Cauebo</i>	Número <i>39</i>	Complemento
Bairro <i>Centro</i>	Cidade <i>Belém</i>	Estado <i>Pará</i>
CEP <i>68255000</i>	Telefone (DDD) <i>83999154097</i>	
Email <i></i>		

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 type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input 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)		<input type="checkbox"/> BANCO Nome _____ NHO _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO. <i>0038</i>	CONTA NRO. <i>520810</i>	(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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pedro . 12 de *dezembro* de *2017*

Local e Data

João Pedro Amancio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Renan Franco da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0612 - MINISTRO JOSE AMERI
DATA: 05/12/2017 HORA: 12:22:28
TERMINAL: 1004 NSU: 0001669 AUT.: 0048

COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM.DOC.: 000617

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0038/013/00.052.081-0
NOME: JAILTON AMARAL DA SILVA

DEPOSITANTE:
0 M

VALOR TOTAL: 1,00
VALOR DINHEIRO: 1,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA 0800 726 0101
Ouvintaria da CAIXA: 0800 725 7474
www.caixa.gov.br

1a Via - Via Cliente



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fáilson Amancio da Silva,

RG nº 003877524, data de expedição 28/08/17 Órgão SERPB

CPF nº 71575900424, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua do Centro.</u>
Número	<u>0º 39</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Beloze - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58255 000</u>
Telefone de Contato	<u>99015 4097</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 1. Pessoa 28-08-2017

Assinatura do Declarante: Funilson Ernane da Silva
Fáilson Amancio da Silva



VIVIANE FRANCO DA SILVA
RUAS DO CAMPO, 39 - CENTRO
BELEM/PB CEP: 59265000 (AG: 22)

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B1/230, Km26 - Cidade Redenção-João Pessoa/PB - CEP: 58071-000
Roteiro 11 - 58 - 647 - 4607 Referência Fev/2017 CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 16.016.822-0
Nº medidor: 00001391518 Emissão: 15/02/2017 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 854 427
Código para Débito Automático: 00013267218

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1326721-6

Caráter de contato:

Fev / 2017

Apresentação

15/02/2017

Data prevista da próxima leitura:

20/03/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

00055535499

Insc. Est.

Faturas em atraso:

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura		

18/01/17	5182	15/02/17	5221	1	59	28
----------	------	----------	------	---	----	----

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	59	0,44028	26,07
ICMS			0,42
PIS			0,41
COFINS			1,89

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

JUROS DE MORA 01/2017	0,19
MULTA 01/2017	0,04
COMPENSACAO POR INDICADOR-DIC 12/2018	-0,07
ATUALIZAÇÃO MONETARIA 01/2017	0,05

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/18	74
Dez/16	68
Nov/18	76
Oub/18	64
Sep/18	68
Ago/18	59
Jul/18	68
Jun/18	58
Mai/18	59
Abr/18	81
Mar/18	55
Fev/18	81

VENCIMENTO

Média dos últimos meses

83

TOTAL A PAGAR

R\$ 37,90

INFORMANDO AO FISCO

71e1.0fef.1cb8.db5a.0912.d97a.9a67.8946.

Indicadores de Qualidade 12/2016 - Belém/PB

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,87	8,78
DIC TRIMESTRAL	11,34	NOMINAL
DIC ANUAL	22,68	220
PERMUTA MENSAL	3,42	CONTRATADA
PERMUTA TRIMESTRAL	8,85	LIMITE INFERIOR
PERMUTA ANUAL	13,70	LIMITE SUPERIOR
DMIC	3,28	231
	3,08	Total

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Obr. de Energia e PB		
Compra de Energia		
Serviço de Transmissão		
Encargos Sistêmicos		
Impostos Diretos e Encargos		
Outros Serviços		
Total		





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01500.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01500.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:57 horas do dia 23 de agosto de 2017, 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 Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigacao, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu Viviane Franco da Silva, CPF nº 086.555.354-86, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Manicure, filho(a) de Maria Francisca de Santana Franco e Marinelson Franco da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/12/1981 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projeta, Nº 39, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Presidio, na cidade de Belém/PB, telefone(s) para contato (83) 99915-4097.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Estadual Proximo a Marcos da Verdura, Outros, Belém/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 15/02/17 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE SEU FILHO MENOR JAILTON AMANCIO DA SILVA CPF Nº 715.759.004-24, VINHA DE GARUPA NA MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR LARANJA, ANO 2012, DE PLACA OGC-7880-PB, CHASSI Nº 9C2KD0550CR028176, EM NOME DE JAILSON AMANCIO DA SILVA, E CONDUZIDA PELO MESMO QUANDO FOI COLIDIDO POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UNIDADE DA CIDADE GUARABIRA - PB, E EM SEGUITA SENDO CONDUZIDO PELO UTI MOVEL PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE CRM PB 3920, DATADO DE 14/08/2017.

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, 23 de agosto de 2017.

CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigacao

VIVIANE FRANCO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01500.01.2017.1.00.420

1/1

192

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 - BELÉM - PI

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e a quem de interesse for que, *Jailton Amancio da Silva, 16 anos*, foi atendido pelo SAMU - Belém no dia 15/02/2017 às 20:00h na Rua Feliciano Pedrosa, devido a um acidente com moto, abordado em decúbito lateral, sem capacete, escoriações na face, apresentou epistaxe e feito desobstrução nasal, imobilização em prancha rígida e em membro inferior direito, acesso venoso periférico e oxigênio sob máscara de reservatório, o mesmo apresentou crise convulsiva a equipe realizou avaliação e solicitou a Unidade de Suporte Avançado - USA de Gurupi devido a quadro grave da vítima. Foi feita interceptação e o paciente ficou aos cuidados da USA de Guarabira.

Segue em anexo a cópia da ficha de atendimento.

Atenciosamente

Joeyara Maria Siqueira de Freitas
Coordenadora do SAMU
COREN 249.705

Belém, 24 de agosto de 2017

Base Descentralizada do SAMU Belém
Rua Feliciano Pedrosa S/N - Centro - Belém CEP: 58255-000
Contato: (83) 3261-1205





**SAMU
192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM

Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU



SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB

ATENDIMENTO DE TRAUMA

DATA		HORA	Nº OCOR./PROTÓCOLO	PACIENTE/USUÁRIO	ATENDIMENTO DE TRAUMA		IDADE	SEXO:
02/17		20:00	1604041	Júlio Francisco da Silveira	1		M () F	
LOCAL DA OCORRÊNCIA		Rua Pelicano Pedroso Centro Cr. Jardim				BAIRRO	MÉDICO REGULADOR	
APOIO LOCAL:		() PM	() RESGATE/BOMBEIROS	() PRF	() CPTAN	(OUTRO:		
CINEMÁTICA: () ACIDENTE C AUTOMÓVEL () CAPOTAMENTO () COLISÃO - () FRONTAL () LATERAL () TRASEIRA / USO DE CINTO DE SEG. - () SIM () NÃO () IGN AIR BAG - () SIM () NÃO () ACIDENTE COM MOTO - USO DE CAPACETE () SIM () NÃO / NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL 09 () QUEDA - ALT. APROX. ____ / () FAB () FAF () FEP () FET () EMPALA () AGRESSÃO FÍS. () ESPANCAMENTO () QUEIMADURA: AGENTE - () AFOGAMENTO () OUTRO								
VITIMA ENCONTRADA: () DENTRO DO VEÍCULO () FORA DO VEÍCULO () PROJETADA () ENCERRADA () DECÚBITO LATERAL () DORSAL () VENTRAL () SENTADO () DEAMBULANDO () SOCORRIDA POR TERCEIROS () CAPACete RETIRADO POR TERCEIROS								

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO: () DIABETES () HAS () CARDIOPATIA () TABAGISTA () ETILISTA () ALERGIAS:

HISTÓRICO () DIABETES ()

QUEIXAS: () DOR MIO () PARESTESIA.

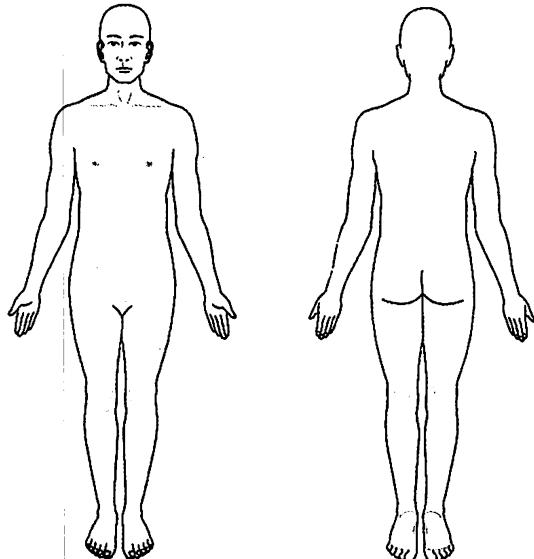
()ADULTO : ()ADULTO RESP. INEFICAZ ()RIS. PARA ASPIRAÇÃO ()VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE ()RISC PARA FUNC. RESP. ALT. ()PERF. TISSULAR INEFI : PERIFERICA ()PERF. TISSULAR INEFI : CEREBRAL ()PERF. TISSULAR INEFI : GI ()RISC. P VOL. DE LIQUI. DEFIC ()PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTUBADA ()RISC. P DISFUN. NEUROVASCULAR PERI. ()DOR AGUDA ()CONFUSÃO AGUDA ()RISC. P TEMP. CORPO. DESEQUIL ()INTEGRIDADE DA PELE PREJU. ()INTEGRIDADE TISSULAR PREJU. ()MOBILIDADE FÍSICA PREJU. ()RISCO P TRAUMA ()RISCO P INFEC. ()RISCO DE CHOQUE ()HIPOTERMIA ()HIPERTERMIA ()RISC. DE DHE ()NÁUSEA ()ANSIEDADE ()MEDO OUTROS: _____

IMPLEMENTAÇÃO DA ASSIST./EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Feito limpeza das feridas e desobstruções nasais, intubação de cefalocar, e MIV, ofertado O2, PRP e conduzido ao hospital sendo feito interceptações com a USA de Guaratinguetá.



RESUMO DE IDENTIFICAÇÃO DE LOCAL DA LESÃO

Lesões Apresentadas:	
<input type="checkbox"/>	Contusão: <u>crânio</u>
<input type="checkbox"/>	Corte: <u>couro cabeludo</u>
<input type="checkbox"/>	Dor Muscular:
<input type="checkbox"/>	Edema: <u>periorbital</u>
<input type="checkbox"/>	Entorse:
<input type="checkbox"/>	Equimose:
<input type="checkbox"/>	Escoriação:
<input type="checkbox"/>	Fratura: <u>M10</u>
<input type="checkbox"/>	Hematoma:
<input type="checkbox"/>	Ruptura Muscular:
<input type="checkbox"/>	Suspeita de Fratura:
Outro(s): _____ _____	



Augusto Dos Anjos
TJ-PB - 13185564

LOCAL DE DESTINO:	ENFERMEIRO	RESPONSÁVEL	EQUIPE
ENFERMEIRO: <u>Edemarles</u> , COREN: <u>251243</u> TEC. ENFER. <u>Juliana</u> , COREN: <u>251243</u>	CONDUTOR: <u>Araele</u>		

TERMO DE RECUSA

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMU/BELÉM – PB, NESTA OPORTUNIDADE:
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ TESTEMUNHA 02: _____

DESCRIÇÃO: _____	PERTENCES DO PACIENTE	
NOME DO RECEPTOR: _____	FUNÇÃO: _____	
ASSINATURA DO RECEPTOR: _____		

MATERIAL DESCARTÁVEL UTILIZADO

Aguilha _____ X	QUANT.	Jelco nº	QUANT.	Sonda Vesical de Aiívio	QUANT.
Atadura de crepon _____ cm		Luva Estéril		Sonda Vesical de Demora	
Cateter tipo óculos		Luva de Procedimento		Outros:	
Compressa Cirúrgica		Máscara Descartável			
Equipo Macrogotas		Saco Coletor			
Equipo Microgotas		Scalp Nº			
Fita de Glicemia		Seringa Nº			
Jaze estéril (pacote)		Sonda de Aspiração Nº			





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221294 ou 0800 0221295 (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 Fábio Amâncio da Silva CPF da Vítima 715759 004-24 Data do Acidente 15.02.2012

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal Vinícius Franco da Silva

CPF do Representante Legal 086 555 359 86

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 as custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 12 de dezembro de 2017

Local e Data

Fábio Amâncio da Silva

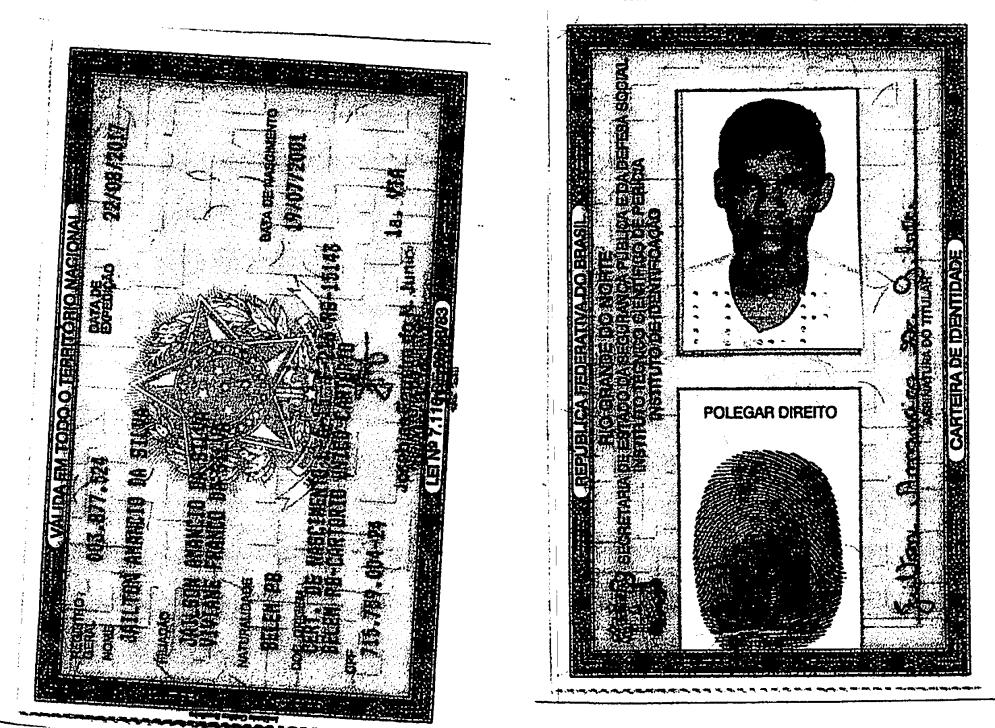
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

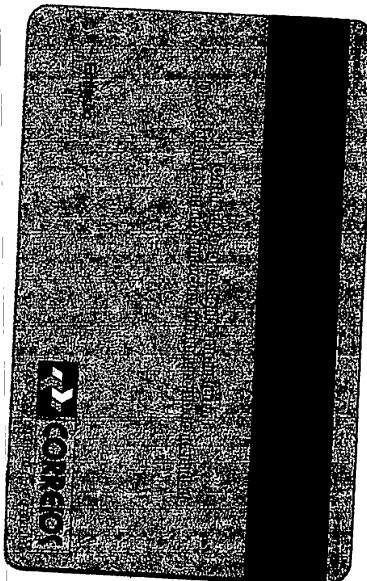
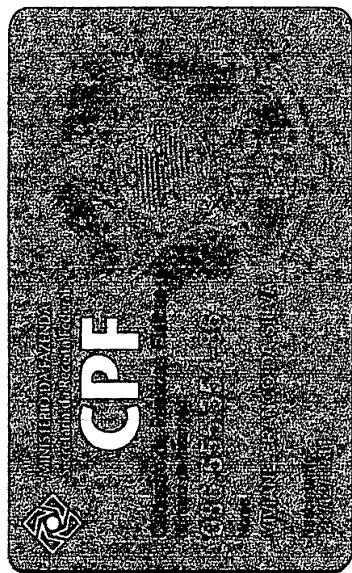
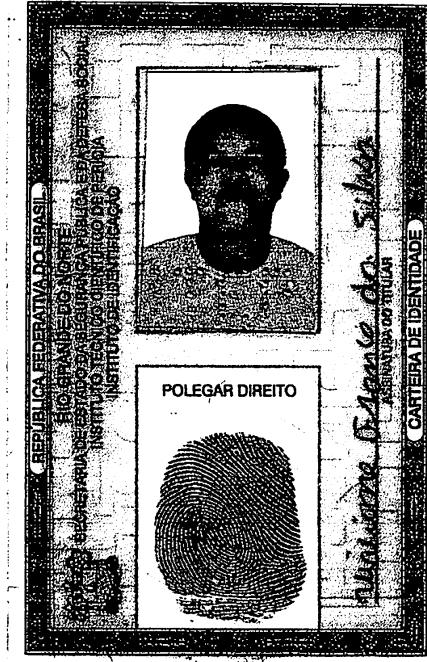
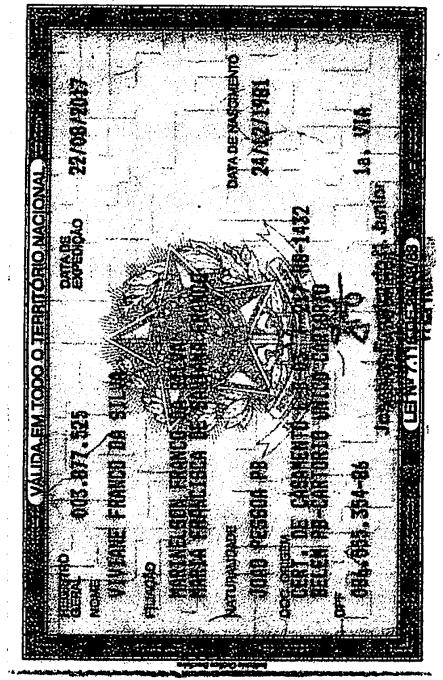
vinícius Franco da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017







Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:10:40
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1803221009482000000012880875
Número do documento: 1803221009482000000012880875

Num. 13185564 - Pág. 11

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jailson Amancio da Silva,
RG nº 123015757, data de expedição 24/4/97,
Órgão SSP, portador do CPF nº 099 110 834 54, com
domicílio na cidade de Belém, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Presidente, nº 39,
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 Jailson Amancio da Silva, cujo o condutor era
.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda NXR 150
Ano: 2012
Placa: DBC 7880
Chassi: 9C2KD0550CR028176
Data do Acidente: 15.2.17
Local e Data: gasometro, 12/12/17



Jailson Amancio da Silva
(Assinatura do Declarante)

)

)

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

)



SERVIÇO NOT. E REG. M^º GUEDES A. CARVALHO
Rua SOLON DE LUCENA, 182, CENTRO, Belém - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

JAILSON AMANCIO DA SILVA

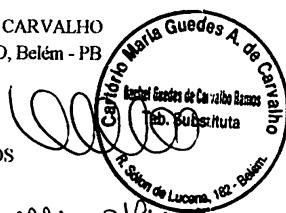
Doc. fte. Belém/PB - 13/09/2017

Substituta: RACHEL GUEDES DE CARVALHO RAMOS

Selo Digital: AFQ96845-64WB

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

2018-03-22 10:10:40 P. 12880875





Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:10:40
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032210094820000000012880875>
Número de documento: 1803221009482000000012880875

Núm. 13185564 - Pág. 13



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 981329 e PRONTUÁRIO nº 100446

PACIENTE: JAILTON AMANCIO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 19.07.01

Data e Hora do Atendimento: 16.02.17

Horário: 0:16h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vitima de acidente de motocicleta apresentando quadro de trauma de face, edema e equimose periorbitaria direita, dor no joelho esquerdo com limitação de movimentos. Atendido pelo Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira CRM 5221, Dr. Aníbal Luna CRO 3041, Dr. George Mendes CRM 8346, Dr. Aldênio Amorim de Lima CRM 5815, Dr. Roberto A. Santos CRM 1590, Dr. Matheus Enomoto CRM 10204, Dr. Marceio Átila CRM 6456.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL + FRATURA DA TIBIA

DIREITA + SINDROME COMPARTIMENTAL CID 10 S 06 9, S 82 9, T 79 6

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio que evidenciou fratura do etmoide com pneumoencefalo, Rx do braço direito AP e Perfil, Rx da perna direita e esquerda AP e Perfil, Rx do braço direito AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 17.02.17 com fasciotomia da perna direita, trombectomia da artéria poplítea direita e instalação de tração transarticular devido à fratura do platô tibial direito. Em 26.02.17, em 02.03.17 realizados curativos sob anestesia. Em 10.03.17 realizado tratamento cirúrgico de fratura do platô tibial direito e luxação do joelho direito. Em 17.03.17 realizado tratamento cirúrgico com retalho local.

ALTA HOSPITALAR: 18.03.17

Data da Emissão: 14.08.17

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE
AUDITOR CVBHEETSHL
CRM 3920

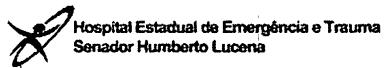
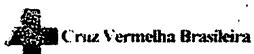
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

auditor/g

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





ACOLHIMENTO, s/n - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 981329



Identificação do paciente

ID 1140888	Nome JAILTON AMANCIO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 19/07/2001	Idade 15 anos 6 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mae VIVIANE FRANCO DA SILVA	Pai JAILSO AMANCIO DA SILVA			RC
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ALEXANDRA AMANCIO DA SILVA - TIO (A)			FA
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996146050	DDD Fixo 83	Fone Fixo 00000000	NS
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 898002336535698		21.02
Local de procedência BELEM		Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade BELEM	CBO/R		

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
Número 41	Complemento		Bairro

Admissão

Data e Hora 16/02/2017 00:16:59	Número da pulseira 1000004274345	Convênio SUS	CURATIVO RL- FA
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	ECG []	Ultrasonografia []	Tomografia []
Dados clínicos	REDUÇÃO PATELA COMPARTIMENTO GLAUCOME PNEUMOGRAFIA				

Diagnóstico 16/02/17 NCA (2:00pm)	RC RC NS FA 17.02.17	NA OK 21.02 08:54	TIPO ... DATA ... HORA ...
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO	Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017		
	ASS.: 01 min-11seg		

CT crânio = (extens) d 0,0s	Imprimir	TIPO ... DATA ... HC ...
CD / 128		TIPO ... DATA ... HC ...
CD / 1085		TIPO ... DATA ... HC ...

CT crânio = (extens) d 0,0s	Imprimir	TIPO ... DATA ... HC ...
CD / 128		TIPO ... DATA ... HC ...
CD / 1085		TIPO ... DATA ... HC ...

CT crânio = (extens) d 0,0s	Imprimir	TIPO ... DATA ... HC ...
CD / 128		TIPO ... DATA ... HC ...
CD / 1085		TIPO ... DATA ... HC ...

CT crânio = (extens) d 0,0s	Imprimir	TIPO ... DATA ... HC ...
CD / 128		TIPO ... DATA ... HC ...
CD / 1085		TIPO ... DATA ... HC ...

CT crânio = (extens) d 0,0s	Imprimir	TIPO ... DATA ... HC ...
CD / 128		TIPO ... DATA ... HC ...
CD / 1085		TIPO ... DATA ... HC ...

CT crânio = (extens) d 0,0s	Imprimir	TIPO ... DATA ... HC ...
CD / 128		TIPO ... DATA ... HC ...
CD / 1085		TIPO ... DATA ... HC ...

CT crânio = (extens) d 0,0s	Imprimir	TIPO ... DATA ... HC ...
CD / 128		TIPO ... DATA ... HC ...
CD / 1085		TIPO ... DATA ... HC ...

16/02/17 - 06:30h

#CTBNS#

Paciente vítima de acidente motociclistico,
no momento seguiu exames motorios, expressos,
ansiedade e orientados.

As exames gerais observaram edema e equimose
disponibilidade D. com clínica palpável
relativa mente dolorosa

A palpação observou cunetas em ossos metatarsais
e mobilidade menor.

EN: ① Internação útil para
apoio etéreo durante expectada

16/2/17 #NCR
as 09h30

Traume de face por
acidente com motocicleta

Glicogênio 15

sem ceracalgie, sem nnorreio no nariz

TCE revelou fratura do esterno de
com pneumocranio.

CA: Segue observação neurologica

George Mendes
Neurologista
CNPJ 33.346

16
17/02/17, 14:36h

Dr. Aníbal M. B. Lopes
Cirurgião-Dentista
COT

Dra. Alberto Rodrigues de Oliveira
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGA
CRM-4221 TEOT 7702

Pete com quebra ortopédica
por lo jorjino esquerda
escoria e empantamento
com equinodese dor

↑ fratura plântalo tibial com dor
graveiro.

ca: Auscultações ur. (plicadas)
(do somambulista) incipientes?
RPM adequado da ortopedia

alterado
02



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente JAILTON AMANCIO DA SILVA	BAE 981329	Data/Hora Entrada 16/02/2017 00:16:59	Data Baixa
Data de nascimento 19/07/2001	Idade 15	Sexo Masculino	CNS 898002336535698
Mãe VIVIANE FRANCO DA SILVA			Telefone de Contato (83) 996146050 / (83) 00000000
Endereço null, 41	Bairro	Município	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO	Nº Cons. Regional 10187/PB
Data/Hora Classificação 16/02/2017 00:16:59		Data/Hora Prescrição 16/02/2017 00:41:25	

anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, COM TCE, TRAUMA DE FACE, TRAUMA E DOR EM COTOVelo DIREITO, MMII. NEGA DOR CERVICAL, TORÁCICA, ABDOMINAL E EM BACIA. NÃO USAVA CAPACETE

Exame Físico

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, COM TCE, TRAUMA DE FACE, TRAUMA E DOR EM COTOVelo DIREITO, MMII. NEGA DOR CERVICAL, TORÁCICA, ABDOMINAL E EM BACIA. NÃO USAVA CAPACETE

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 1000 MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DOR)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA)

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROLOGIA, (OBSERVAÇÕES: TCE) → OBS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA DE FACE)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BRACO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COTOVelo DIREITO AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE Perna, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA E ESQUEDA AP E PERFIL)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO
10187/PB

TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO
(10187/PB)



JAILTON AMANCIO DA SILVA

16.02.17

VASCULAR

Paciente autônomo de acidente com mal-estar com fadiga de plato tibial, ercuri com edema importante em joelho (3).

No exame: edema / hérnia em joelho (2).
* panturrilha, sem dor em comportante, perfusão normal, pulsação e sensibilidade mantida, pulso distal (0).

HD: No momento, sem sinal de lesão vascular em set. comportante.
Porem deve manter repouso e NIE esquado.

16/02/17

as 20:30

Dr. Marcos Barbosa Jr.
Cir. Vascular / Endovascular
Rad. Intervencionista
CRM-PB 6926

Paciente com fadiga grave do plato tibial, edema importante e perna lenticicada.

Exame de sangue vascular descarta sindrome compartimental.

C/I = Ortose fixo externa de origem pela ortopedia

Tegen as bicos uníguicos para fixos elásticos

Internação hospitalar

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Intra
CRM 6688 - TETO



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Jeferson Amancio

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
10/02/2017	21:00:00	<p>Ortopedia</p> <p>Pato V. fuma de auditórios metropolitano há a prox. 2014, apresentando fígore de placa fibrocartilaginosa compondo fíbula anterior e posterior + óssea importante no joelho e perna.</p> <p>Do exame:</p> <ul style="list-style-type: none">- ADL's & em todo o M&I)- Peculiaridades de perna- Edema (3+ / 4+) + edema no joelho e perna- Perna e joelhos tensos <p>O mesmo já foi avaliado 2x pelo equipe da unidade regional que elaborou SVP. com justamente o resultado em 01 vez</p> <p>10/02/17.</p> <p>07/03/2017 16:10</p> <p>Oto Ortopedia fez seu exame colo- coxa de fixação extrema fratura feita, visto que esse é mesmo ao abrigo em 10%.</p>
		<p>Dr. Teófilo Vazquez</p> <p>Méd. - Ortopedia</p> <p>CRM-PB. 3690/RN. 7719</p>





**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

EVOLUÇÃO DO PACIENTE





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



HEETSIL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Joséton Amorim da Silva BE/Prontuário: 981309

Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 17/03/17

Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: Conexão de fístula traqueobronquial

Cirurgião: Dr. Marcelo Atila 1º Assistente: _____

2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: Noradrenalina Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Lesão pós-fistulização</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Retalho local</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Marcelo Atila
Cirurgia Plástica
CRM-PB 6456

João Pessoa, 17/03/17

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HECTHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Facente em decúbito dorsal sob anestesia

Incisão:

Pinelogo retângulo em forma

Achados:**Conduta:**

Anel de retângulo listense

s

removido

Sutura

Fechamento:**Observação:**

Cavidade simples

Médico/CRM:

Jr. Marcelo Atila
Cirurgia Plástica
CRM-PB 6.556

João Pessoa, 17/03/17

F(NG).ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Sarletom Amancio da Silveira BE/Prontuário: 381320

Idade: 21 Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 10/03/17

Clínica/Setor: União EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: + tratamento cirúrgico de fratura exposta do joelho

Cirurgião: Dr. Odilene 1º Assistente: Dr. Roberto Sartor

2º Assistente: Dr. Matheus (MR2) 3º Assistente: Dr. Matheus (MR1)

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: Bloco anestésico Hora: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<input checked="" type="checkbox"/> Fratura de plato tibial (A)		
<input checked="" type="checkbox"/> hérnia de joelho. (B)		
<u>meio joelho.</u>		
<u>nenh</u>		
<u>nenh</u>		

Procedimentos Cirúrgicos		Código
<input checked="" type="checkbox"/> tratamento cirúrgico de fratura -		

Acidente durante Ato Cirúrgico: (Sim) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: (Sim) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria (Terapia Intensa) (Residência) (Óbito durante Ato Cirúrgico)

Médico/CRM: Dr. Matheus Endrigo
CRM-PB 10204

João Pessoa, 10/03/17

F(NG).ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HETSHL

	DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	<p>② Antibiotico profilático + Paracetamol de banho SMASH em IV</p> <p>③ Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</p> <p>④ Anestesia e Análgesicos de NID.</p> <p>⑤ Colocação de campos esterilis.</p>
Incisão:	<p>⑥ Dupla via em penha ⑦ (Incisão posterior-médial) ⑧ antero-lateral.</p> <p>⑨ Averbações café planas ómeas</p>
Achados:	<p>⑩ Fratura de Placa fibular com grande falha óssea ⑪ luxações de joelho com lesões ligamentares.</p> <p>⑫ Preleção de fasciotomia medial e lateral despenetrante.</p>
Conduta:	<p>⑬ Retirada de fixadores ortopédicos transartriciais em NID.</p> <p>⑭ Colocação ⑮ Pedraças para os fios</p> <p>⑯ Fixações com placas (L) 6x2 Furos.</p> <p>⑰ Drenos profundos espontâneos e 3 contínuos.</p> <p>⑱ Obterizar - se Reduzir. Parcial da fratura com antebraço de raio escópico, além do estabilizá-la com parafuso de joelho ao crural fêmico com 2 forças.</p> <p>⑲ Hæmostasia Existência</p>
Fechamento:	<p>⑳ Fechamento por planos avultados</p> <p>⑳ Sutura da pele</p> <p>㉑ Catetos - esteril + Retirada de bandas,</p> <p>㉒ RX de controle</p>
Observação:	
Médico/CRM:	<p>Dr. Matheus Ferreira CRM-PB 10204</p> <p>João Pessoa, 10/03/17</p>

F(NG) ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



HEETSHL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JAILTON AMANCIO DA SILVA BE/Prontuário: 981329
 Idade: 15 ANOS Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 28 / 02 / 17
 Clínica/Setor: UTQ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: CURATIVO SOB ANESTESIA
 Cirurgião: DAVID SILVEIRA 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dra. ROSA
 Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início ____ : ____ Término ____ : ____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>FASCIOTOMIA ABERTA</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>CURATIVO SOB ANESTESIA</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência

() Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 26 / 02 / 17

Médico/ Médico/CRM: EMILTON AMARAL SEGUNDO

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Jailton Francisco de Souza DEPronthario
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 17/2/17
 Clínica/Setor: ORTOPEDICO EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Sederecise cíngulo com fixação extensão
 Cirurgião: Dr. Roberto Santos 1º Assistente: Transarticular,
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: Dr. Rodolfo Souza
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Leilton
 Tipo de Anestesia: Scuf Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura plâstica fibular.</u>	
<u>com sindrome</u>	
<u>compartmental</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Sederecise cíngulo</u>	
<u>com uso de grampo</u>	
<u>transarticular</u>	
<u>Obs: Parecer de cíngulo</u>	
<u>varcelas - fasciotomia</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: J

Dr. Roberto A. Santos
Orto - Traumatologia
CRM-PB-1590

João Pessoa, 17/2/17

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	Aneurisma e aneurisma do corpo operado
Incisão:	Local de realização de procedimento
Achados:	de luxação de fratura em -
Conduta:	Fixação em andamento fixando os tendões graus articulares. Separando tecido e tecido.
Fechamento:	
Observação:	Infecciosos de etiologia caso de - folicular.

Médico/CRM:

CRM-PB 3500
Dr. Roberto Silveira
Ortopedia e Traumatologia

João Pessoa, 17/2/18

F(NG) ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Milton Francisco da Silva BE/Prontuario: 981309
 Idade: 50 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 20/02/17
 Clínica/Setor: Cir. Vascular EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Realização de bypasses na perna D e trombectomia.
 Cirurgião: Dr. Franklin Ly Assistente: Dr. Franklin Ly
 2º Assistente: Dr. Almeida 3º Assistente: Dr. Almeida.
 Instrumentador: Dr. Milton
 Tipo de Anestesia: Regional Hora: Início _____ Término _____
 Anestesista: Dr. Milton

Diagnóstico Pos-Operatório	CID
História clínica: Perme D	
Trombose das artérias popliteas	
retrogradas desde o gótoveloamento	
esses seca rima e é certo embolismo	
ao ser realizada exploração	
varíola na perna D.	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Fartilginea da perna D +	
trombectomia da artéria	
poplíteas D.	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

ALDÉMIA ANDRÉA DE LIMA
CRM-PB: 5815

João Pessoa,

17/02/2017

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Ureporio, anti-repara,
sobre posição de quirúrgico
lado direito dorsal

Incisão:

Circunse por plâano

Achados:

Musos de risso com comparsas
na forma D, com hérnias
inguinal e femoral em compari-
mentos posteriores profundos e

Conduta:

Superficial do perine D.
Ressecção de epíteles vasculares
temporais e arteriais. Ressecção da
arteria poplítea rama profunda
do MLD direito e extirpação
de sua causa principal tubo
grave.

Ressecção das paroxistomias reto

Arteria epifálica
Ressecção da tromboflebitis das
arterias poplíteas proximais e extirpação
da arteria poplítea infra-patellar

Pressionamento suave sobre com
gelpack de 4-500g sobre as
extremidades e toracopigmento com
compressa e toracopigmento com

Fechamento:

50%

Curativo local.

ALDÉNIO AMORIM DE LIMA
CIRÚRGICO GERAL E GIGIÁSCULAR
CRM/PB: 5815

João Pessoa,

Médico/CRM:

F(NG)ASCIR:009-1



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: JAI JTTON AMANCIO DA SILVA

Qualificação: Brancino

CPF/MF: 715759004-24 RG: 003 877 524 SCR/PB

Endereço: Rua Do Cacau n° 39 CEP. 58255 000
Belo - Centro - PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 20(vinte por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

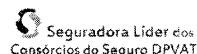
Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 23 de Agosto de 2017.

ana raquel brancino da silva
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020171/18

Vítima: JAILTON AMAMCIO DA SILVA
CPF: 715.759.004-24

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/02/2017

Titular do CPF: JAILTON AMAMCIO 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
DUT

JAILTON AMAMCIO DA SILVA : 715.759.004-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

VIVIANE FRANCO DA SILVA : 086.555.354-86

Documentos de identificação

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/01/2018
Nome: VIVIANE FRANCO DA SILVA
CPF/CNPJ: 086.555.354-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2018
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

VIVIANE FRANCO DA SILVA

Sandra Maria Accioly Pedrosa



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA __^a VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

Justiça Gratuita

JAILTON AMANCIO DA SILVA, inscrito no CPF sob o nº 715.759.004-24, brasileiro, agricultor, residente e domiciliado na Rua do Campo, 39, CEP: 58255-000, Centro, Belém – Paraíba, *não possui email*, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Av. Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida venia, perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃOJUDICIAL DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT)

EM VIRTUDE DE INVALIDEZ/DEBILIDADE PERMANENTE



em face da **BRADESCO SEGUROS S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 33.055.146/0001-93, sediada no Parque Sólon de Lucena, nº 641, CEP 58.013-131, Centro, nesta cidade, devendo ser citado na pessoa de seu representante legal, o que faz de conformidade com os argumentos fáticos e jurídicos doravante elencados:

PRELIMINARMENTE

Do Benefício da Gratuidade Processual

O promovente, à luz do que dispõe a Lei nº 1.060/50 e o Art. 98 do CPC, vem à presença de Vossa Excelência requerer os benefícios da gratuidade processual por ser pobre na forma da lei, conforme atesta declaração acostada.

DOS FATOS

O promovente é vítima de acidente automobilístico ocorrido, em 15.02.2017, tudo conforme se depreende da cópia do Registro de Ocorrência Policial anexada a peça inicial.

Por ocasião do acidente, o autor sofreu inúmeras lesões, que os deixaram com sequelas irreversíveis a serem apuradas mediante perícia a ser realizada por médico especialista, o que o torna beneficiário do seguro denominado (DPVAT).

É sabido que a Lei nº 6.194/74, alterada pela Lei nº 8.441/92 e posteriormente pela Lei nº 11.482/2007, assegura o recebimento de indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não, **notadamente nos casos de morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.**

-



**A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA
(PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER
RESPOSTA POSITIVA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO
DOCUMENTOS FORA DOS PREVISTOS NO ART. 5º DA LEI QUE REGE O PAGAMENTO
PELO SEGURO DPVAT, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A
VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O
PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO
JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, COM ISSO DIFICULTANDO O
PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O
REFERIDO PAGAMENTO.**

|

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

Dante desses fatos, resta à parte requerente ingressar na justiça para fazer valer o direito dela.

DO DIREITO

1. DA LEGITIMIDADE ATIVA *AD CAUSAM*

O seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – **DPVAT**, conhecido popularmente como **SEGURO OBRIGATÓRIO**, tem a finalidade de socorrer as vítimas de acidentes de trânsito em todo território nacional, não importando de quem seja a culpa.

No caso em comento, é direito da promovente perceber uma indenização por danos pessoais, ante a sua debilidade permanente decorrente de acidente automobilístico.



Vale a pena destacar, que a legitimidade ativa da autora na presente demanda é cristalina. Neste sentido, dúvidas não há, ante a dicção legal do art. 4º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

“Art. 4º A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil.

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.”. (GRIFO NOSSO)

2. DA LEGITIMIDADE PASSIVA *AD CAUSAM*

O art. 7º da Lei 6.194/74, por seu turno, determina que, em se tratando do seguro denominado **DPVAT**, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao referido consórcio será parte legítima para figurar no polo passivo da demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

“Art. 7º A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei.”

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do **complexo da FENASEG** constitui-se em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas a **BRADESCO SEGUROS S/A**.

Neste diapasão, alinha-se adiante o seguinte julgado, *in litteris*:



CIVIL. PROCESSUAL CIVIL. AGRAVO NA APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA SEGUROS DPVAT. INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA. DPVAT. VÍTIMA FATAL DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. SEGURADORA INTEGRANTE DO CONVÊNIO DPVAT. LEGITIMIDADE PASSIVA. JUROS DE MORA A PARTIR DA CITAÇÃO. ARGUMENTAÇÃO DA SEGURADORA RECORRENTE QUE NÃO É CAPAZ DE MODIFICAR A DECISÃO ATACADA. AGRAVO IMPROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1. Trata-se de Agravo legal em face da decisão terminativa que deu parcial provimento ao recurso de Apelação, reformando a sentença apenas para afastar a litigância de má-fé e fixar juros de mora a partir da citação

2. Concessão de indenização na quantia de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), a título de complementação do seguro DPVAT, por acidente automobilístico que vitimou o pai do apelado.

3. Rejeitada a preliminar de ilegitimidade passiva, tendo em vista que qualquer seguradora integrante do consórcio do seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre (DPVAT) pode ser açãoada para pagar o valor da indenização de seguros.

4. Juros de mora contados a partir da citação, consoante o disposto no Enunciado Sumular 426 do STJ e correção monetária a partir da ocorrência do evento danoso.

5. Recurso a que se nega provimento. (TJ-PE - AGV: 3796438 PE, Relator: Waldemir Tavares de Albuquerque Filho, Data de Julgamento: 17/03/2016, 1ª Câmara Regional de Caruaru - 2ª Turma, Data de Publicação: 01/04/2016)

Quanto à legitimidade passiva, mostra-se incontrovertida qualquer sombra de dúvida, de sorte que qualquer seguradora que atue no complexo da FENASEG, poderá compor o polo passivo da demanda, como instituição obrigada a compor e efetuar o pagamento do seguro obrigatório em questão.

3. DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA O RECEBIMENTO DA INDENIZAÇÃO

Anota o art. 5º da Lei nº 6.194/74 que o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, Vejamos:

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.””.(grifo nosso)



Reforçando a ideia do artigo acima citado, pontifica o art. 7º, *caput*, da Lei nº 6.194/74, ao estabelecer que:

"A indenização por pessoa vitimada por veículo não identificado, com seguradora não identificada, seguro não realizado ou vencido, será paga nos mesmos valores, condições e prazos dos demais casos por um consórcio constituído, obrigatoriamente, por todas as sociedades seguradoras que operem no seguro objeto desta lei".(destaque nosso).

Assim, não há que se fazer qualquer prova relativa ao pagamento do prêmio do seguro obrigatório, bastando, apenas, a prova da existência do fato e suas consequências danosas.

Independente, pois, do pagamento do prêmio do seguro obrigatório. A propósito, vale destacar que a matéria já se encontra até sumulada na Corte do **SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**. Vejamos:

"STJ. SÚMULA 257: A falta de pagamento do prêmio do seguro obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) não é motivo para a recusa do pagamento da indenização".

É incontestável, portanto, a concepção atual da doutrina e jurisprudência no sentido de tão-somente exigir a prova do fato e suas consequências danosas, nada mais sendo necessário, inclusive o pagamento do prêmio.

4. DO VALOR



Neste especial, a demanda não comporta maiores delongas. É que, a matéria já se encontra pacificada nas mais diversas hostes forenses, inclusive no próprio **STJ**, como veremos adiante.

O valor de cobertura do seguro obrigatório de responsabilidade civil de veículo automotor (**DPVAT**) é regulamentado pela regra constante do artigo 3º da Lei nº 6.194/74, *in verbis*:

"Art. 8º. Os arts. 3º, 4º, 5º e 11 da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações:

'Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

I R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;

II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso

de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como

reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica

e suplementares devidamente comprovadas.

§ 1º No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento)



para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de sequelas residuais.

Incontroverso, portanto, que o valor que deverá ser pago a título de indenização é de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) no caso de debilidade permanente suportada em razão de acidente automobilístico. Devendo o valor exato ser aquilatado mediante perícia médica, afim de que as debilidades da vítima sejam enquadradas na tabela anexa à lei.

5. DA POSTULAÇÃO

EX POSITIS, requer a Vossa Excelência:

- a)** ordenar a citação da empresa promovida, na pessoa de seu representante legal, no endereço acima declinado, sob pena de confissão e revelia;
- b)** ao final, **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** a demanda em epígrafe, condenando a seguradora promovida a pagar ao promovente o valor que corresponder à sequela proveniente da debilidade permanente suportada em virtude de acidente automobilístico, conforme a lei em até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além as correções legais e honorários sucumbenciais
- c)** Conceder os benefícios da gratuidade judiciária, tendo em vista ser a autora pobre na forma da lei;
- d)** Caso seja necessária, seja designada audiência de conciliação;

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em Direito admitidos, quais sejam: depoimento pessoal do representante legal do Réu, juntada de novos documentos e realização de perícia médica a ser realizada **por médico especialista**.



Dá-se à causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 14 de março de 2018.

Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968



Quesitos para a perícia:

- 1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:
 - 2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.
 - 3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?
 - 4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.
 - 5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?
 - 6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?
 - 7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?
 - 8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?
 - 9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.





Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:17:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032210175936400000012880999>
Número do documento: 18032210175936400000012880999

Num. 13185690 - Pág. 11



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 Nome completo da vítima
715 759 004-24 *Saiton Amancio da Silva*

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo CPF titular da conta Profissão
Saiton Amancio da Silva *715759 004-24* *Estudante*
Endereço Número Complemento
Rua do Cauepo *39*
Bairro Cidade Estado CEP
Centro *Belém* *Paráiba* *68255 000*
Email Telefone (DDD)
83999154097

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 type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input 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)		<input type="checkbox"/> BANCO Nome _____ NHO _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> 0038	CONTA NRO. <input type="text"/> 520810	(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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pedro . 12 de *dezembro* de *2017*
Local e Data

João Pedro Amancio da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Renan Franco da Silva
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0612 - MINISTRO JOSE AMERI
DATA: 05/12/2017 HORA: 12:22:28
TERMINAL: 1004 NSU: 0001669 AUT.: 0048

COMPROVANTE DE DEPOSITO
NUM.DOC.: 000617

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0038/013/00.052.081-0
NOME: JAILTON AMARAL DA SILVA
DEPOSITANTE:
0 M

VALOR TOTAL: 1,00
VALOR DINHEIRO: 1,00

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA 0800 726 0101
Ouvintoria da CAIXA: 0800 725 7474
www.caixa.gov.br

1a Via - Via Cliente



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fáilson Amancio da Silva,

RG nº 003877524, data de expedição 28/08/17 Órgão SEPR PB

CPF nº 71575900424, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua do Centro.</u>
Número	<u>0º 39</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Beloze - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58255 000</u>
Telefone de Contato	<u>99015 4097</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 1. Pessoa 28-08-2017

Assinatura do Declarante: Funilson Ernane da Silva
Fáilson Amancio da Silva



VIVIANE FRANCO DA SILVA
RUAS DO CAMPO, 39 - CENTRO
BELEM/PB CEP: 59265000 (AG: 22)

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Bf/230, Km:26 - Cidade/Rua:João Pessoa/PB - CEP:58071-000
Roteiro: 11 - 58 - 647 - 4607 Referência: Fev/2017 CNPJ:09.095.183/0001-40 Ins Est: 16.016.822-0
Nº medidor: 00001391518 Emissão: 15/02/2017 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº:0000854427
Código para Débito Automático: 000132672118

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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1326721-6

Caráter de contato:

Fev / 2017

Apresentação

15/02/2017

Data prevista da próxima leitura:

20/03/2017

CPF/ CNPJ/ RANI

00055535499

Ins. Est.

Faturas em atraso:

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura		

18/01/17 5182 15/02/17 5221 1 59 28

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	59	0,44028	26,07
ICMS		0,42	0,42
PIS		0,41	0,41
COFINS		1,89	1,89
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
JUROS DE MORA 01/2017		0,19	0,19
MULTA 01/2017		0,04	0,04
COMPENSACAO POR INDICADOR-DIC 12/2018		-0,07	-0,07
ATUALIZAÇÃO MONETARIA 01/2017		0,05	0,05

Histórico de Consumo (kWh)

	Jan/18	FEV/18
Jan/18	74	68
Dez/17	54550	68
Nov/18	76	
Oub/18	64	
Sep/18	68	
Ago/18	53	
Jul/18	68	
Jun/18	58	
Maio/18	59	
Abr/18	81	
Mar/18	55	
Fev/18	81	

VENCIMENTO:

22/02/2017

TOTAL A PAGAR:

R\$ 37,90

Média dos últimos meses:

83

INFORMANDO AO FISCO:

71e1.0ef.1cb8.db5a.0912.d97a.9a67.8946.

Indicadores de Qualidade 12/2016 - Belém/PB

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	6,87	8,78
DIC TRIMESTRAL	11,34	NOMINAL
DIC ANUAL	22,68	220
PERMUTA MENSAL	3,42	CONTRATADA
PERMUTA TRIMESTRAL	8,85	LIMITE INFERIOR
PERMUTA ANUAL	13,70	LIMITE SUPERIOR
DMIC	3,28	231
	3,08	Total

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Obr. de Energia e PB		
Compra de Energia		
Serviço de Transmissão		
Encargos Sistêmicos		
Impostos Diretos e Encargos		
Outros Serviços		
Total		



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01500.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01500.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:57 horas do dia 23 de agosto de 2017, 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 Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigacao, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu Viviane Franco da Silva, CPF nº 086.555.354-86, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Manicure, filho(a) de Maria Francisca de Santana Franco e Marinelson Franco da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/12/1981 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projeta, Nº 39, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Presidio, na cidade de Belém/PB, telefone(s) para contato (83) 99915-4097.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rodovia Estadual Proximo a Marcos da Verdura, Outros, Belém/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 15/02/17 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE SEU FILHO MENOR JAILTON AMANCIO DA SILVA CPF Nº 715.759.004-24, VINHA DE GARUPA NA MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR LARANJA, ANO 2012, DE PLACA OGC-7880-PB, CHASSI Nº 9C2KD0550CR028176, EM NOME DE JAILSON AMANCIO DA SILVA, E CONDUZIDA PELO MESMO QUANDO FOI COLIDIDO POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UNIDADE DA CIDADE GUARABIRA - PB, E EM SEGUITA SENDO CONDUZIDO PELO UTI MOVEL PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE CRM PB 3920, DATADO DE 14/08/2017.

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, 23 de agosto de 2017.

CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigacao

VIVIANE FRANCO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01500.01.2017.1.00.420

1/1



192

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 - BELÉM - PI

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e a quem de interesse for que, *Jailton Amancio da Silva, 16 anos*, foi atendido pelo SAMU - Belém no dia 15/02/2017 às 20:00h na Rua Feliciano Pedrosa, devido a um acidente com moto, abordado em decúbito lateral, sem capacete, escoriações na face, apresentou epistaxe e feito desobstrução nasal, imobilização em prancha rígida e em membro inferior direito, acesso venoso periférico e oxigênio sob máscara de reservatório, o mesmo apresentou crise convulsiva a equipe realizou avaliação e solicitou a Unidade de Suporte Avançado - USA de Gurupi devido a quadro grave da vítima. Foi feita interceptação e o paciente ficou aos cuidados da USA de Guarabira.

Segue em anexo a cópia da ficha de atendimento.

Atenciosamente

Joeyara Maria Siqueira de Freitas
Coordenadora do SAMU
COREN 249.705

Belém, 24 de agosto de 2017

Base Descentralizada do SAMU Belém
Rua Feliciano Pedrosa S/N - Centro - Belém CEP: 58255-000
Contato: (83) 3261-1205





**SAMU
192**

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM

Secretaria Municipal de Saúde

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU



SAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB

ATENDIMENTO DE TRAUMA

DATA		HORA	Nº OCOR./PROTÓCOLO	PACIENTE/USUÁRIO	ATENDIMENTO DE TRAUMA		IDADE	SEXO:
02/17		20:00	1604041	Júlio Francisco da Silveira	1		M () F	
LOCAL DA OCORRÊNCIA		Rua Peláez, Pedroso, Centro Cr. Jardim				BAIRRO	MÉDICO REGULADOR	
APOIO LOCAL:		() PM	() RESGATE/BOMBEIROS	() PRF	() CPTAN	(OUTRO:		
CINEMÁTICA: () ACIDENTE C AUTOMÓVEL () CAPOTAMENTO () COLISÃO - () FRONTAL () LATERAL () TRASEIRA / USO DE CINTO DE SEG. - () SIM () NÃO () IGN AIR BAG - () SIM () NÃO / () ACIDENTE COM MOTO - USO DE CAPACETE () SIM () NÃO / NÚMERO DE VÍTIMAS NO LOCAL 09 () QUEDA - ALT. APROX. ____ / () FAB () FAF () FEP () FET () EMPALA () AGRESSÃO FÍS. () ESPANCAMENTO () QUEIMADURA: AGENTE - () AFOGAMENTO () OUTRO								
VITIMA ENCONTRADA: () DENTRO DO VEÍCULO () FORA DO VEÍCULO () PROJETADA () ENCERRADA () DECÚBITO LATERAL () DORSAL () VENTRAL () SENTADO () DEAMBULANDO () SOCORRIDA POR TERCEIROS () CAPACete RETIRADO POR TERCEIROS								

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO: () DIABETES () HAS () CARDIOPATIA () TABAGISTA () ETILISTA () ALERGIAS:

**HISTÓRICO () DIABETES
MEDICAMENTOS EM USO:**

QUEIXAS: () DOR MIO () PARESTESIA.

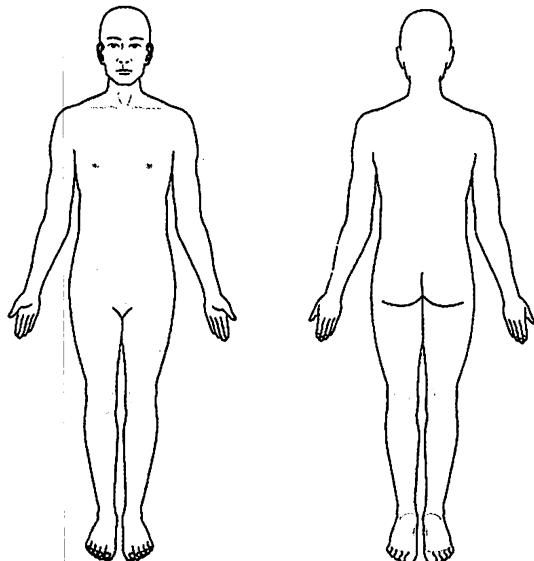
() RISC. PARA ASPIRAÇÃO () VOLUME DE LÍQUIDO DEFICIENTE () RISC. PARA FONC. RESP. ALT. () PERF. TISSULAR INEF. : PERIFÉRICA () PERF. TISSULAR INEF. : CEREBRAL () RISC. P VOL. DE LÍQUID. DEFIC. () PERCEPÇÃO SENSORIAL PERTUBADA () RISC. P DISFUN. NEUROVASCULAR PERI. () DOR AGUDA () CONFUSÃO AGUDA () RISC. P TEMP. CORPO. DESEQUIL. () INTEGRIDADE DA PELE PREJU. () INTEGRIDADE TISSULAR PREJU. () MOBILIDADE FÍSICA PREJU. () RISCO P TRAUMA () RISCO P INFEC. () RISCO DE CHOQUE () HIPOTERMIA () HIPERTERMIA () RISC. DE DHE () NÁUSEA () ANSIEDADE () MEDO OUTROS: _____

IMPLEMENTAÇÃO DA ASSIST./EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Feito fechamento das feridas e
desobstrução nasal, intubação de cervical, e
MIO, o ferido O2, PRP e conduzido ao hospital
sendo feito interceptação com a USA de Guarabira



RESUMO DE IDENTIFICAÇÃO DE LOCAL DA LESÃO

Lesões Apresentadas:	
<input type="checkbox"/>	Contusão: <u>crânio</u>
<input type="checkbox"/>	Corte: <u>couro cabeludo</u>
<input type="checkbox"/>	Dor Muscular:
<input type="checkbox"/>	Edema: <u>periorbital</u>
<input type="checkbox"/>	Entorse:
<input type="checkbox"/>	Equimose:
<input type="checkbox"/>	Escoriação:
<input type="checkbox"/>	Fratura: <u>M10</u>
<input type="checkbox"/>	Hematoma:
<input type="checkbox"/>	Ruptura Muscular:
<input type="checkbox"/>	Suspeita de Fratura:
Outro(s): _____ _____	



Augusto Dos Anjos
TJ-PB - PR 5541

LOCAL DE DESTINO: <u>VIAFOLHA ACSP</u>	RESPONSÁVEL: <u>Augusto Dos Anjos</u>	EQUIPE:
ENFERMEIRO: <u>Edinalba</u> , COREN: <u>251243</u> TEC. ENFER.: <u>Juliana</u>	COREN: _____	CONDUTOR: <u>Araele</u>

TERMO DE RECUSA

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMU/BELÉM – PB, NESTA OPORTUNIDADE:
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ TESTEMUNHA 02: _____

PERTENCES DO PACIENTE

DESCRIÇÃO: _____
NOME DO RECEPTOR: _____ FUNÇÃO: _____
ASSINATURA DO RECEPTOR: _____

MATERIAL DESCARTÁVEL UTILIZADO

Aguilha _____ X	QUANT.	Jelco nº	QUANT.	Sonda Vesical de Aiívio	QUANT.
Atadura de crepon _____ cm		Luva Estéril		Sonda Vesical de Demora	
Cateter tipo óculos		Luva de Procedimento		Outros:	
Compressa Cirúrgica		Máscara Descartável			
Equipo Macrogotas		Saco Coletor			
Equipo Microgotas		Scalp Nº			
Fita de Glicemia		Seringa Nº			
Jaze estéril (pacote)		Sonda de Aspiração Nº			





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221294 ou 0800 0221295 (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 Fábio Amâncio da Silva CPF da Vítima 715759 004-24 Data do Acidente 15.02.2012

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Flávio Franco da Silva

CPF do Representante Legal
08655359 86

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 as custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 12 de dezembro de 2017

Local e Data

Fábio Amâncio da Silva

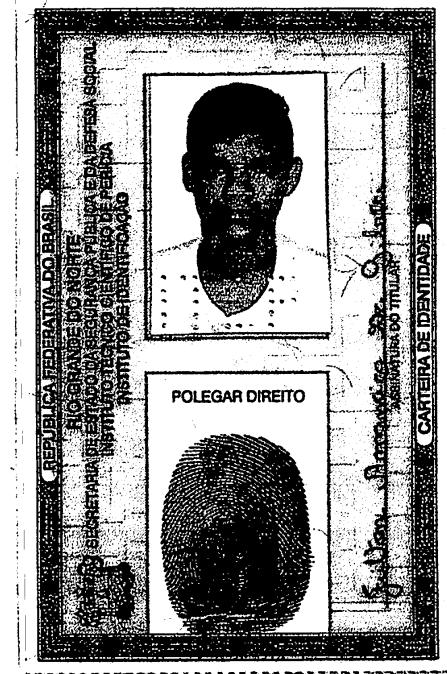
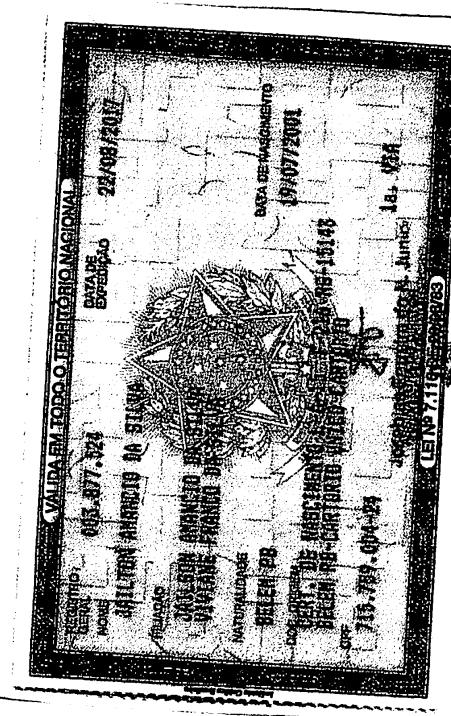
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

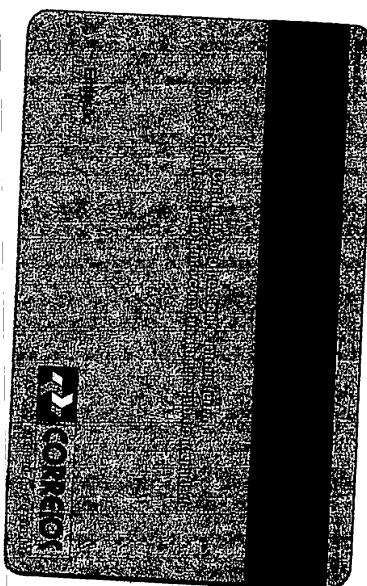
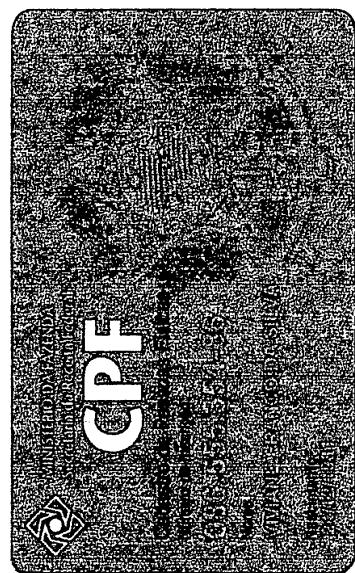
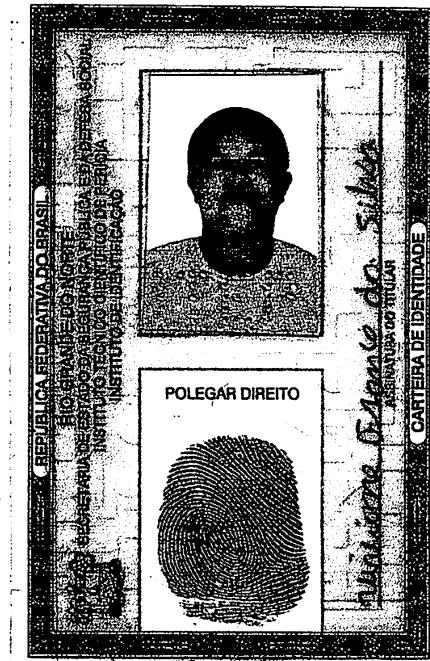
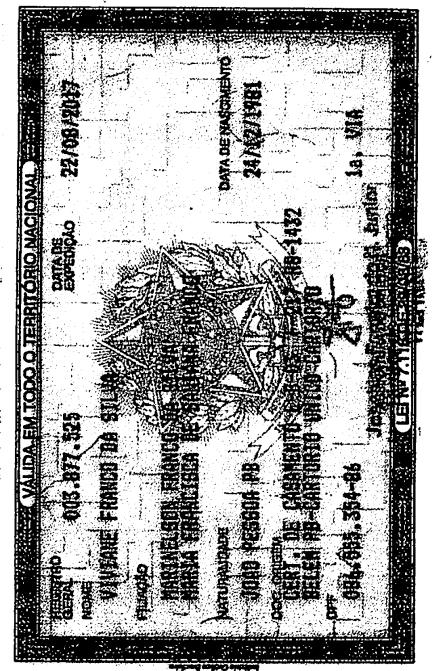
Flávio Franco da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017









Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 22/03/2018 10:18:00
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18032210164992000000012881229>
Número do documento: 18032210164992000000012881229

Num. 13185928 Pág. 13

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: JAI LTON AMANCIO DA SILVA

Qualificação: Brancino

CPF/MF: 715759004-24 RG: 003 877 524 SCR/PB

Endereço: Rua Do Cacau n° 39 CEP. 58255 000
Belo - Centro - PB

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e
ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968,
todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre,
Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 20(vinte por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

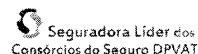
Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da **JUSTIÇA GRATUITA**.

João Pessoa – PB, 23 de Agosto de 2017.

ana raquel souza da silva
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020171/18

Vítima: JAILTON AMAMCIO DA SILVA
CPF: 715.759.004-24

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/02/2017

Titular do CPF: JAILTON AMAMCIO 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
DUT

JAILTON AMAMCIO DA SILVA : 715.759.004-24

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

VIVIANE FRANCO DA SILVA : 086.555.354-86

Documentos de identificação

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/01/2018
Nome: VIVIANE FRANCO DA SILVA
CPF/CNPJ: 086.555.354-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2018
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

VIVIANE FRANCO DA SILVA

Sandra Maria Accioly Pedrosa





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 981329 e PRONTUÁRIO nº 100446

PACIENTE: JAILTON AMANCIO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 19.07.01

Data e Hora do Atendimento: 16.02.17

Horário: 0:16h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vitima de acidente de motocicleta apresentando quadro de trauma de face, edema e equimose periorbitaria direita, dor no joelho esquerdo com limitação de movimentos. Atendido pelo Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira CRM 5221, Dr. Aníbal Luna CRO 3041, Dr. George Mendes CRM 8346, Dr. Aldênio Amorim de Lima CRM 5815, Dr. Roberto A. Santos CRM 1590, Dr. Matheus Enomoto CRM 10204, Dr. Marceio Átila CRM 6456.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL + FRATURA DA TIBIA

DIREITA + SINDROME COMPARTIMENTAL CID 10 S 06 9, S 82 9, T 79 6

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S): Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio que evidenciou fratura do etmoide com pneumoencefalo, Rx do braço direito AP e Perfil, Rx da perna direita e esquerda AP e Perfil, Rx do braço direito AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 17.02.17 com fasciotomia da perna direita, trombectomia da artéria poplítea direita e instalação de tração transarticular devido à fratura do platô tibial direito. Em 26.02.17, em 02.03.17 realizados curativos sob anestesia. Em 10.03.17 realizado tratamento cirúrgico de fratura do platô tibial direito e luxação do joelho direito. Em 17.03.17 realizado tratamento cirúrgico com retalho local.

ALTA HOSPITALAR: 18.03.17

Data da Emissão: 14.08.17

DR. GLENDER TÉRCIO TRINDADE
AUDITOR CVB/HETSHL
CRM 3920

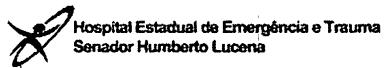
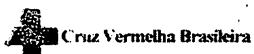
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

auditor/g

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





ACOLHIMENTO, s/n - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 981329



Identificação do paciente

ID 1140888	Nome JAILTON AMANCIO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 19/07/2001	Idade 15 anos 6 meses 28 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mae VIVIANE FRANCO DA SILVA	Pai JAILSO AMANCIO DA SILVA			RC
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ALEXANDRA AMANCIO DA SILVA - TIO (A)			FA
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996146050	DDD Fixo 83	Fone Fixo 00000000	NS
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 898002336535698		21.02
Local de procedência BELEM		Type MUNICÍPIO	UF PB	
Email	Naturalidade BELEM	CBO/R		

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
Número 41	Complemento		Bairro

Admissão

Data e Hora 16/02/2017 00:16:59	Número da pulseira 1000004274345	Convênio SUS	CURATIVO RL- FA/EX NS 21.02
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

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

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	ECG []	Ultrasonografia []	Tomografia []
------------	------------	-----------	---------	---------------------	----------------

Dados clínicos

Diagnóstico 16/02/17 NCA (2:00pm)	Redução PATELA RC NA RC OK NS FA 17.02.17 NOMEC PAD. Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017 ASS.:
Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO	TOMOG 01min-1seg

CT crânio = (extens) d 0,0s d 1,0s d 2,0s	TIPO ... CNAIXO + CERVICAL DATA ... 16 02 17 HC ... 01 01 NOMEC PAD... Wellington W.P. de Albuquerque Tec. em Radiologia CRTR 006017 ASS.:
---	--

Dr. Ricardo R. Carvalho
Urocirurgia
AA28



16/02/17 - 06:30h

#CTBNS#

Paciente vítima de acidente motociclistico,
no momento seguiu exames motorios, expressos,
ansiedade e orientados.

As exames gerais observaram edema e equimose
disponibilidade D. com clínica Pefalod
relato mal escuta

A palpação observou cunetas em ossos medulares
e mobilidade menor.

em: ① Internação útil para
apoio clínico durante expectativa

16/2/17 #NCR
as 09h30

Traume de face por
acidente com motocicleta

Glicogênio 15

sem ceracalgi, sem nnorreia no momento

TCE revelou fratura do esterno de
com pneumocranio.

CA: Segue observação neurologica

George Mendes
Neurologista
CNPJ 33.346

16
17/02/17, 14:36h

Dr. Aníbal M. B. Lopes
Cirurgião-Dentista
COT

Dra. Alberto Rodrigues de Oliveira
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGA
CRM-4221 TEOT 7702

Pete com queixa ortopédica
de dor no joelho esquerdo
dor na coxa e empinamento
com equimose dor

q+ fratura plântula tibial com deslocamento

ca: Avulsão ur. epicondilar
(do complacente) incisivos?
Reabilitação da ortopedia

aperto
02





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente JAILTON AMANCIO DA SILVA	BAE 981329	Data/Hora Entrada 16/02/2017 00:16:59	Data Baixa
Data de nascimento 19/07/2001	Idade 15	Sexo Masculino	CNS 898002336535698
Mãe VIVIANE FRANCO DA SILVA			Telefone de Contato (83) 996146050 / (83) 00000000
Endereço null, 41	Bairro	Município	Prontuário
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO	Nº Cons. Regional 10187/PB
Data/Hora Classificação 16/02/2017 00:16:59		Data/Hora Prescrição 16/02/2017 00:41:25	

anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, COM TCE, TRAUMA DE FACE, TRAUMA E DOR EM COTOVelo DIREITO, MMII. NEGA DOR CERVICAL, TORÁCICA, ABDOMINAL E EM BACIA. NÃO USAVA CAPACETE

Exame Físico

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO, COM TCE, TRAUMA DE FACE, TRAUMA E DOR EM COTOVelo DIREITO, MMII. NEGA DOR CERVICAL, TORÁCICA, ABDOMINAL E EM BACIA. NÃO USAVA CAPACETE

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 1000 MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 AMPOLA VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DOR)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA)

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROLOGIA, (OBSERVAÇÕES: TCE) → OBS

SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA DE FACE)

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA), (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

RADIOGRAFIA DE BRACO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: COTOVelo DIREITO AP E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE Perna, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITA E ESQUEDA AP E PERFIL)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TCE)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO
10187/PB

TONNY WYSLLEN MOURA DE AQUINO
(10187/PB)



JAILTON AMANCIO DA SILVA

16.02.17

VASCULAR

Paciente autônomo de acidente com mal-estar com fadiga de plato tibial, ercuri com edema importante em joelho (3).

No exame: edema / hérnia em joelho (2).
* panturrilha, sem dor em comportante, perfusão normal, pulsação e sensibilidade mantida, pulso distal (0).

HD: No momento, sem sinal de lesão vascular em set. comportante.
Porem deve manter repouso e NIE esquado.

16/02/17

as 20:30

Paciente com fadiga grave do plato tibial, edema importante e perna lenticicada.

Exame de sangue vascular descartar síndrome compartimental.

C/I = Oriento fixos externos de urgência pela ortopédia

Separar os blocos uníguicos para fixos externos.

Internação hospitalar

Dr. Marcos Barbosa Jr.
Cir. Vascular / Endovascular
Rad. Intervencionista
CRM-PB 6926

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Intraóf.
CRM-GO 1001

CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

Jeferson Amancio

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
10/02/2017	21:00:00	<p>Ortopedia</p> <p>Pato V. fuma de auditórios metropolitano há a prox. 2014, apresentando fígado de placa fibrofatty (F) com componentes fibrosos e calcificados + adensamento no fígado e perna (P)</p> <p>Do exame:</p> <ul style="list-style-type: none">- ADM & em todo o M&I)- Nódulos de fígado (P) periósticos- Edema (3+ / 4+) + edema no no fígado e perna(P) - Perna e fígado tensos
		<p>O mesmo já foi avaliado 2x pelo equipe da unidade regional que elaborou SIV. Comportamento e evolução são normais</p> <p>10/02/17.</p>
		<p>07/03/2017</p> <p>Oto Ortopedia fuma de auditórios colo- co de fígado oxígeno transfusão feita, visto que esse é mesmo ao aberto em 10%.</p>
		<p>Dr. Teófilo Vazquez Méd. - Ortopedia CRM-PB. 3690/RN. 7719</p>





**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

EVOLUÇÃO DO PACIENTE





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



HEETSIL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Joséton Amorim da Silva BE/Prontuário: 981309
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 17/03/17
 Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Conexão de fístula traqueobronquio
 Cirurgião: Dr. Marcelo Átila 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: anesthesia Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pos-Operatório	CID
<u>Lesão pos-fistulização</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Retalho local</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

Dr. Marcelo Átila
Cirurgia Plástica
CRM-PB 6456

João Pessoa, 17/03/17

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HECTHL

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Facente em decúbito dorsal sob anestesia

Incisão:

Pinelogo retângulo em forma

Achados:**Conduta:**

Anel de retângulo listense

s

removido

Sutura

Fechamento:**Observação:**

Cavidade simples

Médico/CRM:

Jr. Marcelo Atila
Cirurgia Plástica
CRM-PB 6.556

João Pessoa, 17/03/17

F(NG).ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Sarletom Amancio Lu S. Luen BE/Prontuário: 381320

Idade: 21 Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 10/03/17

Clínica/Setor: União EMP: _____ LR: _____

Cirurgia: + tratamento cirúrgico de fratura exposta do joelho

Cirurgião: Dr. Odilene 1º Assistente: Dr. Roberto Sarke

2º Assistente: Dr. Matheus (MR2) 3º Assistente: Dr. Matheus (MR1)

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Tipo de Anestesia: Bloco anestésico Hora: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório		CID
<input checked="" type="checkbox"/> Fratura de plato tibial (A)		
<input checked="" type="checkbox"/> hérnia de joelho. (B)		
<u>meio joelho.</u>		
<u>nenh</u>		
<u>nenh</u>		

Procedimentos Cirúrgicos		Código
<input checked="" type="checkbox"/> tratamento cirúrgico de fratura -		

Acidente durante Ato Cirúrgico: (Sim) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: (Sim) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria (Terapia Intensa) (Residência) (Óbito durante Ato Cirúrgico)

Médico/CRM: Dr. Matheus Endrigo
CRM-PB 10204

João Pessoa, 10/03/17

F(NG).ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HETSHL

	DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:	<p>② Antibiotico profilático + Paracetamol de banho SMASH em IV</p> <p>③ Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</p> <p>④ Anatomia e Anatomia de MDP.</p> <p>⑤ Colocação de campos esterilis.</p>
Incisão:	<p>⑥ Dupla via em penha ⑦ (Incisão posterior-médial) ⑧ antero-lateral.</p> <p>⑨ Aireulgas até plano ósseo</p>
Achados:	<p>⑩ Fratura de Placa fibular com grande falha óssea ⑪ luxações de joelho com lesões ligamentares.</p> <p>⑫ Preleção de fasciotomia medial e lateral despenetrante.</p>
Conduta:	<p>⑬ Retirada de fixadores externos transartriciais em MDP.</p> <p>⑭ Colocação ⑮ Pedras de parafusos</p> <p>⑯ Fixação com placa (L) 6x2 furos.</p> <p>⑰ Drenos profundos espontâneos e contínuos.</p> <p>⑱ Obterizar - se Reduzir. Parcial da fratura com auxílio de microscópio, além do estabilizador parafuso de joelho ao crânio fibula com 3 forças.</p> <p>⑲ Hæmostase Existente</p>
Fechamento:	<p>⑳ Fechamento por planos avultados</p> <p>㉑ Sutura da pele</p> <p>㉒ Curativo estéril + Retirada de ganchos,</p> <p>㉓ RX de controle</p>
Observação:	

Dr. Matheus Ernani
CRM-PB 10204
MCR

João Pessoa, 10/03/17

Médico/CRM:

F(NG) ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



HEETSHL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: JAILTON AMANCIO DA SILVA BE/Prontuário: 981329
 Idade: 15 ANOS Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 28 / 02 / 17
 Clínica/Setor: UTQ EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: CURATIVO SOB ANESTESIA
 Cirurgião: DAVID SILVEIRA 1º Assistente: _____
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dra. ROSA
 Tipo de Anestesia: GERAL Horário: Início : : Término : :

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
FASCIOTOMIA ABERTA	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
CURATIVO SOB ANESTESIA	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência

() Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 26 / 02 / 17

Médico/ Médico/CRM: EMILTON AMARAL SEGUNDO

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Jailton Francisco de Souza DEPronthario
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 17/2/17
 Clínica/Setor: ORTOPEDICO EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Sederecise cíngulo com fixação extensão
 Cirurgião: Dr. Roberto Santos 1º Assistente: Transarticular,
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: Dr. Rodolfo Souza
 Instrumentador: _____ Anestesista: Dr. Leilton
 Tipo de Anestesia: Scuf Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura plâstica Esq D.</u>	
<u>com sindrome</u>	
<u>compartmental</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Sederecise cíngulo</u>	
<u>com uso de grampo</u>	
<u>Transarticular</u>	
<u>Obs: Parecer de cíngulo</u>	
<u>varcelas - Fasciotomia</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: J Dr. Roberto A. Santos
Orto - Traumatologia
CRM-PB-1590

João Pessoa, 17/2/17

F(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	Aneurisma e arteriofistula do córnea operado
Incisão:	Local de realização da cirurgia
Achados:	de Purpura de fractura que -
Conduta:	Fixação em andamento fixando retinias graus altos. Separando tecido nervoso.
Fechamento:	
Observação:	Infecciosa da etapa caso celo - farcional.

Médico/CRM:

CRM-PB 3500
Dr. Roberto Silveira
Ortopedista

João Pessoa, 17/2/14

F(NG) ASCIR.009-1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

Nome: Milton Francisco da Silva BE/Prontuario: 981309
 Idade: 50 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 07/02/17
 Clínica/Setor: Cir. Vascular EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Realização de bypasses na perna D e trombectomia.
 Cirurgião: Dr. Franklin Ly Assistente: Dr. Franklin Ly
 2º Assistente: Dr. Almeida 3º Assistente: Dr. Almeida.
 Instrumentador: Dr. Milton
 Tipo de Anestesia: Regional Hora: Início _____ Término _____
 Anestesista: Dr. Milton

Diagnóstico Pos-Operatório	CID
Distrofia muscular primária na perna D.	
Trombose das artérias poplíteas retrogradas devido ao deslocamento dos seios sanguíneos da ferida embólico ao ser realizada exploração profunda na perna D.	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
Ferreirinização da perna D + trombectomia da artéria poplítea D.	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM:

ALDÉMIA ANDRÉA DE LIMA
CRM-PB: 5815

João Pessoa,

17/02/2017

F(NG).ASCIR.009-1





**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEITSHL

DESCRICAO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição e Preparo:
~~Preparo, estresse~~
~~sobre pressões de campo~~
~~em seu lado direito~~

Incisão:

I like jazz piano

Achados:

Achados:
Muitos de sintomas superfluentes
nos gerenciam (D), com elevadas
necessidades sociais em compari-
ção com pessoas normais e.

Conduita:

Conduta: superfície de verme ①.
Tecido de aparelhos vasculares
vermelho rosado tipo trocâmbio de
espessura progressiva ralo - grande
do MTD para o colo e vesículas
esses causam palestros tibet

~~grove~~
Resilient forestation red
~~green~~ green
Resilient green becoming dry
green foliage shows a transition
Fernamento

Fechamento:

Fechamento:
luz artéria poplítea infra-rotuliana
processos ósseos espinhosos com
gárgula de 15-20 mm resistentes ao
corte e possuem um

Observação:

Observation: *Two local*

Médico/CRM:

ALDÉNIO AMORIM DE LIMA
CIRGERAL e CIE. VASCULAR
CRM-FB 5815

João Pessoa,

ENGLASCIR009-1





**Poder Judiciário da Paraíba
14ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0818238-27.2018.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Analisando os autos, verifica-se que a promovente alega haver sofrido acidente de trânsito e que, em razão deste, suportou sequelas permanentes, que pretende sejam apuradas mediante perícia médica. Em seu pedido de mérito, pugna por receber os R\$ 13.500,00 do teto indenizatório previsto na Lei 6.194/74. Não especifica minimamente que partes do seu corpo restaram afetadas pela invalidez permanente,

Afirma ainda haver solicitado pagamento administrativo do seguro e que, até a data da distribuição desta ação, não havia obtido resposta da seguradora que, segundo relata, limitou-se a exigir documentos não previstos em lei. Embora tenha comprovado a entrega do pedido administrativo, a parte autora não comprovou o status atual do pedido, embora lhe seja possível obtê-lo pelo site da Seguradora Líder.

É o relatório. Decido.

A Lei n. 6.194/74, que regula o seguro obrigatório DPVAT, fixa em R\$ 13.500,00 o limite máximo para pagamento das suas indenizações e traz, em seu anexo único, uma tabela de escalonamento de cobertura, em percentuais incidentes sobre o teto indenizatório. Assim, pela referida tabela, há percentuais diferenciados para cada segmento corporal e/ou função acometida pela sequela permanente.

A classificaçãoposta na tabela em comento é de fácil compreensão e relativa simplicidade, o que permite à parte enquadrar, ao menos superficialmente, suas lesões e identificar o percentual de cobertura cabível para seu caso.

À luz do acima dito, tem-se que o pedido autoral, tal como formulado, encontra-se genérico e lacônico. Isso porque a parte autora não informa nem mesmo o a parte de seu corpo e/ou funções atingidos pelas lesões. Muito menos declina o percentual correspondente aos danos corporais sofridos.

Ocorre que os artigos 322 e 324 do CPC/2015 impõem que o pedido deve ser certo e determinado, sendo admissível formular pedido genérico, apenas nos casos especificamente previstos no §1º do art. 324, dentre os quais, quando não for possível determinar, desde logo, as consequências do ato ou do fato.



Esclareça-se que não se está aqui a exigir que o promovente proceda à graduação de sua invalidez, havendo que se distinguir a classificação da lesão, conforme a tabela contida no Anexo da Lei, e a graduação da invalidez, prevista em seu art. 3º, §1º, I, esta sim aferível apenas mediante perícia médica.

Ante as razões acima, **intime-se** a parte autora para, em 15 dias:

a) emendar a inicial, sob pena de seu indeferimento por inépcia, a fim de que especifique as lesões sofridas e informe quais partes do seu corpo ou funções restaram lesionadas permanentemente, bem como as enquadre da tabela da Lei 6.194/74Lei do DPVAT e deduza o percentual cabível, formulando pedido certo, determinado e lógico.

b) sob pena de indeferimento da inicial, por ausência de interesse processual, comprovar a atual situação do pedido, para tanto, juntando o resultado da consulta quanto ao seu andamento, obtenível no site da Seguradora Líder.

João Pessoa, 13 de abril de 2018.

Alexandre Targino Gomes Falcão

Juiz de Direito





14ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, 532, 5º ANDAR, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Nº do processo: 0818238-27.2018.8.15.2001

INTIMAÇÃO DE ADVOGADO(A)

De ordem do MM. Juiz de Direito da vara supra, INTIMO o(a) advogado(a) do(a) autor(a), de todo teor do despacho abaixo:

DESPACHO

Vistos, etc.

Analisando os autos, verifica-se que a promovente alega haver sofrido acidente de trânsito e que, em razão deste, suportou sequelas permanentes, que pretende sejam apuradas mediante perícia médica. Em seu pedido de mérito, pugna por receber os R\$ 13.500,00 do teto indenizatório previsto na Lei 6.194/74. Não especifica minimamente que partes do seu corpo restaram afetadas pela invalidez permanente,

Afirma ainda haver solicitado pagamento administrativo do seguro e que, até a data da distribuição desta ação, não havia obtido resposta da seguradora que, segundo relata, limitou-se a exigir documentos não previstos em lei. Embora tenha comprovado a entrega do pedido administrativo, a parte autora não comprovou o status atual do pedido, embora lhe seja possível obtê-lo pelo site da Seguradora Líder.

É o relatório. Decido.



Assinado eletronicamente por: ROSA GERMANA SOUZA DOS SANTOS LIMA - 30/05/2018 08:52:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18053008525822600000014199864>
Número do documento: 18053008525822600000014199864

Num. 14550416 - Pág. 1

A Lei n. 6.194/74, que regula o seguro obrigatório DPVAT, fixa em R\$ 13.500,00 o limite máximo para pagamento das suas indenizações e traz, em seu anexo único, uma tabela de escalonamento de cobertura, em percentuais incidentes sobre o teto indenizatório. Assim, pela referida tabela, há percentuais diferenciados para cada segmento corporal e/ou função acometida pela sequela permanente.

A classificaçãoposta na tabela em comento é de fácil compreensão e relativa simplicidade, o que permite à parte enquadrar, ao menos superficialmente, suas lesões e identificar o percentual de cobertura cabível para seu caso.

À luz do acima dito, tem-se que o pedido autoral, tal como formulado, encontra-se genérico e lacônico. Isso porque a parte autora não informa nem mesmo o a parte de seu corpo e/ou funções atingidos pelas lesões. Muito menos declina o percentual correspondente aos danos corporais sofridos.

Ocorre que os artigos 322 e 324 do CPC/2015 impõem que o pedido deve ser certo e determinado, sendo admissível formular pedido genérico, apenas nos casos especificamente previstos no §1º do art. 324, dentre os quais, quando não for possível determinar, desde logo, as consequências do ato ou do fato.

Esclareça-se que não se está aqui a exigir que o promovente proceda à graduação de sua invalidez, havendo que se distinguir a classificação da lesão, conforme a tabela contida no Anexo da Lei, e a graduação da invalidez, prevista em seu art. 3º, §1º, I, esta sim aferível apenas mediante perícia médica.

Ante as razões acima, **intime-se** a parte autora para, em 15 dias:

a) emendar a inicial, sob pena de seu indeferimento por inépcia, a fim de que especifique as lesões sofridas e informe quais partes do seu corpo ou funções restaram lesionadas permanentemente, bem como as enquadre da tabela da Lei 6.194/74Lei do DPVAT e deduza o percentual cabível, formulando pedido certo, determinado e lógico.

b) sob pena de indeferimento da inicial, por ausência de interesse processual, comprovar a atual situação do pedido, para tanto, juntando o resultado da consulta quanto ao seu andamento, obtenível no site da Seguradora Líder.

João Pessoa, 13 de abril de 2018.

Alexandre Targino Gomes Falcão

Juiz de Direito



João Pessoa, 30 de maio de 2018.

Rosa Germana Souza dos Santos Lima

Técnico Judiciário



Assinado eletronicamente por: ROSA GERMANA SOUZA DOS SANTOS LIMA - 30/05/2018 08:52:58
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18053008525822600000014199864>
Número do documento: 18053008525822600000014199864

Num. 14550416 - Pág. 3

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 14^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.

JAILTON AMANCIO DA SILVA, já qualificado nos autos, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida vénia, perante Vossa Excelência, em cumprimento do despacho retro, nos termos do Art. 321 do CPC, informar e requerer o que segue:

O demandante fora vítima de acidente de trânsito e ciente da cobertura do Seguro DPVAT, pleiteou a liberação do mesmo pela VIA ADMINISTRATIVA conforme protocolo de abertura de sinistro junto a Seguradora Líder em anexo.

Cumpre destacar, inobstante ter o promovente obedecido os preceitos insculpidos na Lei 6194/74, a promovida sem qualquer justificativa plausível e como senão bastasse extrapolado o prazo legal de pagamento, cancelou o referido procedimento.

Desta feita, vendo frustrado seus Direitos, a parte autora ingressou com a referida demanda colacionando aos autos o Boletim de Ocorrência e o **Laudo/Prontuário Médico, que ATESTAM o ocorrido e suas LESÕES.**

Pugnou o demandante pela realização de perícia Médica afim de que se possa **ATESTAR as SEQUELAS decorrentes das LESÕES SOFRIDAS, avaliando o segmento corporal afetado e a função acometida, nos termos do artigo 3º, §1º, INC I e II.**

No caso em apreço o Segurado, sofreu lesão em **Membro INFERIOR, (tíbi e joelho), além do crânio.**

Reitera assim o promovente pela realização de Perícia Médica, **com o fito de atestar e legalmente enquadrar o percentual da sequela resultante no membro afetado e as funções comprometidas e seus reflexos.**

Por fim, considerando que o patamar máximo indenizável é de **ATÉ R\$ 13.500,00** (treze mil e quinhentos reais), bem como que a indenização tem percentuais distintos, a ser



aplicado de acordo com sequela avaliada anatômica e funcionalmente, no caso em apreço, entendemos que o percentual máximo a ser aferido, poderá chegar a limite indenizável de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**. Sendo, portanto, esse o valor a ser atribuído a causa.

Quanto ao PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO, ocorre que, A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS ALÉM DAQUELES DOS PREVISTOS EM LEI, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, POR ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

"Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado."

Além disso a Lei nº 6.194/74, que instituiu o Seguro obrigatório – DPVAT, alterada pela Lei nº 8.441/92 e 11.482/2007, em seu conteúdo normativo não estabelece a necessidade de **esgotamento da esfera administrativa**, afim de pleitear o percepimento do seguro, assim como não exige a negativa por parte das seguradoras que fazem parte do sistema, para tal fim. Como se não bastasse, a Constituição Federal de 1988, diferentemente da anterior, afastou a necessidade da chamada jurisdição condicionada ou instância administrativa de curso forçado, pois já se decidiu pela inexigibilidade de exaurimento das vias administrativas para obter-se o provimento judicial.

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 13 de junho de 2018.



Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 13/06/2018 11:42:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18061311424288100000014438798>
Número do documento: 18061311424288100000014438798

Num. 14797835 - Pág. 3



(/)

[Buscar no site](#)

A PONTOS DE
COMPANHIA SEGURO ATENDIMENTO CENTRO DE
DPVAT (/Pontos-de- DADOS E SALA DE TRABALHE
Atendimento) ESTATÍSTICAS IMPRENSA CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180043438 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA JAILTON AMAMCIO DA SILVA
COBERTURA** Invalidez

www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true

1/4



Assinado eletronicamente por: ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO - 13/06/2018 11:42:43
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18061311415086100000014438814>
Número do documento: 18061311415086100000014438814

Num. 14797852 - Pág. 1

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
SINCOR/PB
BENEFICIÁRIO JAILTON AMAMCIO DA SILVA
CPF/CNPJ: 71575900424

Posição em 13-06-2018 11:39:53

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentação médica-hospitalar	Vitima	Não Conforme	

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
31/01/2018	Exigência Documental	
28/01/2018	Aviso de Sinistro	

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)





**Poder Judiciário da Paraíba
14^a Vara Cível da Capital**

DESPACHO

Vistos, etc.

A c o l h o a e m e n d a r e t r o .
Deixo de designar audiência junto ao Centro Judicial de Solução Consensual de conflitos - CEJUSC
deste Fórum central, nos termos dos arts. 334 e seguintes do NCPC, em razão de se tratar de processo de
DPVAT ajuizado há cerca de dois anos e em que ainda não foi instaurado o contraditório. DESSA
FORMA, por medida de celeridade processual, CITE-SE A RÉ PARA APRESENTAR CONTESTAÇÃO
EM QUINZE DIAS, SOB PENA DE REVELIA

C u m p r a - s e c o m g r a t u i d a d e .
João Pessoa - PB, (data do protocolo eletrônico).

ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCÃO
JUIZ DE DIREITO

