



Número: **0801248-80.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **02/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCENILDO FERNANDES DA SILVA (AUTOR)		THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
26983547	11/12/2019 17:05	Petição	Petição
26984252	11/12/2019 17:05	2665989_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_Anexo_02	Outros Documentos
26984253	11/12/2019 17:05	2665989_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Outros Documentos

ANEXO





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

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190208505

Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14076875

Pag. 01931/01932 - carta_01 - INVALIDEZ

00010966





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

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190208505 Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Data do Acidente: 21/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01025/01026 - carta_04 - INVALIDEZ

00050513



Carta nº 14136774



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: **LUCENILDO FERNANDES DA SILVA** CPF: **576.563.394-34**
Profissão: **Autônomo** Endereço: **RUA FRANCISCA MENDES DE SOUSA** Número: **108** Complemento: **-**
Bairro: **JARDIM ROGÉRIO** Cidade: **POMBAL** Estado: **PB** CEP: **53940-000**
E-mail: **XTHAVAGO.CARNEIROX@HOTMAIL.COM** Tel (DDD): _____

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

RENTA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0732** CONTA: **00007393**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deve ser acompanhado por alguém capaz de ler e escrever.

19 MAR 2019





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 096/2019

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **21/01/2019** hora: **17:23 HRS**

Notificante: , alcunha " ", Nacionalidade: ,
naturalidade: , nascido em / / , documento:
, filho(a) de e de , endereço: ***** ,
referência: .

Sob a responsabilidade do(a) Bel^a): **ANDERSON FONTES CAMPOS**

Vítima: **LUCENILDO FERNANDES DA SILVA**, alcunha "**CACHEADO**",
Nacionalidade: brasileiro, naturalidade: Pombal-PB, idade: 51 anos
, nascido em 10/05/1967, cor/raça: *****, Estado Civil:
União Estável, Profissão: autônomo, Escolaridade: alfabetizado,
documento: RG 002.735.634 SSP-RN, filiação: Severino Fernandes da
Silva e de Severina Regina da Conceição, endereço: Rua Francisca
Mendes de Sousa, 108, Jardim Rogério, Pombal-PB, referência:
Abrigo dos Idosos. Tel/Cel:(83) 99839-5412;

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que na data de 21/01/2019 por volta das 17:23 hrs a vítima conduzia a Moto Honda CG 150 Titan, 2008/2008, cinza, chassi 9C2KC08108R266676, placa MOS-3906 de sua propriedade, mas licenciada em nome de Marivaldo Santana Trigueiro, quando pilotava pela Rodovia PB 293 no sentido Comunidade Maravilha/Paulista nas proximidades da comunidade do Sanharão, perdeu o controle da moto sozinho vindo a cair; Que em virtude do acidente sofreu traumas na cabeça e varias escoriações pelo corpo; Que comunica o fato para acionar o seguro DPVAT. Nada mais a consignar.

São Bento, 29 de Janeiro de 2019. Às 08:23 horas.

Lucenildo F. da Silva

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Pedro Terceiro

Assinatura do Policial responsável pelo registro
Pedro Terceiro de Carvalho Amorim
Matrícula: 168.203-2



19 MAR 2019



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolso para simples pagamento da taxa fiscal/taxa de energia elétrica Nº 021.623.485



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.193 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.423-0

DADOS DO CLIENTE

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO
RUA CEL JOAO CARNEIRO S/N 1 AND
POMBAL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1106327-8

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

12/03/2019

CONSUMO

241

VENCIMENTO

19/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 220,14

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Roteiro: 06-227-060-6100

83690000002-4 20140054000-5 11063272019-6 03000227019-4

VENCIMENTO

19/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 220,14

MATRÍCULA

1106327-2019-03-0



19 MAR 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 17:05:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121117054443400000026049169>

Número do documento: 19121117054443400000026049169

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Thiago Claydson L. Carneiro inscrito (a) no CPF/CNPJ 053.614.794 / 00 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário Lucenildo FERNANDES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 596.563.394 / 34 do sinistro de DPVAT cobertura TPUACIDEZ da Vítima Lucenildo FERNANDES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____/_____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Coronel João Carneiro</u>		Número <u>519</u>	Complemento <u>1º Andar</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Pombal</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58840-000</u>
Email <u>XTHIAGO.CARNEIROX@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99660-7071</u>

Pombal 16 de Março de 2019
 Local e Data

Thiago Claydson L. Carneiro
 Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Marivaldo Santana Trigueiro,
RG nº 1995567, data de expedição 15/12/93,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 027138314-31, com
domicílio na cidade de Pombal, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Newton Seixon, nº 512,
complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Lucivaldo Fernandes da Silva, cujo o condutor era
Lucivaldo Fernandes da Silva.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 TITAN KS
Ano: 2008
Placa: MO5 39061PB
Chassi: 9CK2KCO5108F266676
Data do Acidente: 21/01/2019
Local e Data: Pombal, 13 de Março

Marivaldo Santana Trigueiro
Assinatura do Declarante

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

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA
RUA CEL JOSE FERNANDES 483 - CENTRO
Tel: 83 3431-3095 eMail: cartorio2pombal@hotmail.com
Reconheço como AUTÊNTICA a firma e letra de MARIVALDO
SANTANA TRIQUEIRO e dou fé.
POMBAL-Paraíba, 12/03/2019.

JOANA D'ARC ETIAR DE QUEIROGA
Seio Digital de Fiscalização Tipo Normal B-AH38539-109L
Confira os dados do ato em: <https://seiodigital.tjpb.jus.br>

Joana D'arc E. de Queiroga
Tabeliã Pública
CPF: 675.687.684-55

19 MAR 2019



HOSPITAL REGIONAL DE POMBA AL. Acidente de Moto
"SENADOR RUI CARNEIRO"



2ª emergência SAHU 1-7:30

CÓDIGO DA UNIDADE: 000734/0

NPI: 06.778.268/0004-03

☐ AZUL

☐ VERDE

☐ AMARELA

☐ LARANJA

☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____

LEITO: _____

PACIENTE:

NOME: Rocemildo Fernandes da Silva
COR: Parda DATA DE NASCIMENTO: 10/03/1967 IDADE: 51 SEXO: M
NOME DA MÃE: Severina Regina da Silva PROFISSÃO: Mecânico de Moto
CARTÃO DO SUS: 203.3332.5960.00051 RC/CNH: _____
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: Travessa Henrique de Sousa, 608
ESTADO: CE CEP: 58840-001 CID DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND: 24/01/2019

SINAIS VITAIS:

PA: 120/80 SPO2: 98 FC: 70 R: 12 HGT: 1,68 m

QUEIXAS: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____

ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO S. M. A. R. S.: Acidente de moto, vítima de queda, sem lesões aparentes, sem dor, sem trauma, sem fratura, sem hemorragia, sem alteração de consciência, sem alteração de estado geral.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:

TIPOS: _____

RESULTADOS: Exame físico normal, sem alterações.

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:

- 1° Exame físico normal, sem alterações.
- 2° Exame físico normal, sem alterações.
- 3° Exame físico normal, sem alterações.
- 4° Exame físico normal, sem alterações.
- 5° Exame físico normal, sem alterações.
- 6° Exame físico normal, sem alterações.
- 7° Exame físico normal, sem alterações.
- 8° Exame físico normal, sem alterações.
- 9° Exame físico normal, sem alterações.
- 10° Exame físico normal, sem alterações.
- 11° Exame físico normal, sem alterações.
- 12° Exame físico normal, sem alterações.
- 13° Exame físico normal, sem alterações.
- 14° Exame físico normal, sem alterações.
- 15° Exame físico normal, sem alterações.
- 16° Exame físico normal, sem alterações.
- 17° Exame físico normal, sem alterações.
- 18° Exame físico normal, sem alterações.
- 19° Exame físico normal, sem alterações.
- 20° Exame físico normal, sem alterações.

19 MAR 2019

Dr. Osvaldo de Sousa Neto
CRM: 132.530.004-8
Carolina Góes



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CID

OBSERVAÇÕES DA ENFERM. (CER):

Exame físico realizado em 11/12/2019, apresentando sinais vitais estáveis, sem alterações significativas. Realizado exame físico completo, sem alterações. Tarso da S. Formiga Paria. C. 5. 2. 4. PE 176 9/3. 2. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847. 848. 849. 850. 851. 852. 853. 854. 855. 856. 857. 858. 859. 860. 861. 862. 863. 864. 865. 866. 867. 868. 869. 870. 871. 872. 873. 874. 875. 876. 877. 878. 879. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 890. 891. 892. 893. 894. 895. 896. 897. 898. 899. 900. 901. 902. 903. 904. 905. 906. 907. 908. 909. 910. 911. 912. 913. 914. 915. 916. 917. 918. 919. 920. 921. 922. 923. 924. 925. 926. 927. 928. 929. 930. 931. 932. 933. 934. 935. 936. 937. 938. 939. 940. 941. 942. 943. 944. 945. 946. 947. 948. 949. 950. 951. 952. 953. 954. 955. 956. 957. 958. 959. 960. 961. 962. 963. 964. 965. 966. 967. 968. 969. 970. 971. 972. 973. 974. 975. 976. 977. 978. 979. 980. 981. 982. 983. 984. 985. 986. 987. 988. 989. 990. 991. 992. 993. 994. 995. 996. 997. 998. 999. 1000. 1001. 1002. 1003. 1004. 1005. 1006. 1007. 1008. 1009. 1010. 1011. 1012. 1013. 1014. 1015. 1016. 1017. 1018. 1019. 1020. 1021. 1022. 1023. 1024. 1025. 1026. 1027. 1028. 1029. 1030. 1031. 1032. 1033. 1034. 1035. 1036. 1037. 1038. 1039. 1040. 1041. 1042. 1043. 1044. 1045. 1046. 1047. 1048. 1049. 1050. 1051. 1052. 1053. 1054. 1055. 1056. 1057. 1058. 1059. 1060. 1061. 1062. 1063. 1064. 1065. 1066. 1067. 1068. 1069. 1070. 1071. 1072. 1073. 1074. 1075. 1076. 1077. 1078. 1079. 1080. 1081. 1082. 1083. 1084. 1085. 1086. 1087. 1088. 1089. 1090. 1091. 1092. 1093. 1094. 1095. 1096. 1097. 1098. 1099. 1100. 1101. 1102. 1103. 1104. 1105. 1106. 1107. 1108. 1109. 1110. 1111. 1112. 1113. 1114. 1115. 1116. 1117. 1118. 1119. 1120. 1121. 1122. 1123. 1124. 1125. 1126. 1127. 1128. 1129. 1130. 1131. 1132. 1133. 1134. 1135. 1136. 1137. 1138. 1139. 1140. 1141. 1142. 1143. 1144. 1145. 1146. 1147. 1148. 1149. 1150. 1151. 1152. 1153. 1154. 1155. 1156. 1157. 1158. 1159. 1160. 1161. 1162. 1163. 1164. 1165. 1166. 1167. 1168. 1169. 1170. 1171. 1172. 1173. 1174. 1175. 1176. 1177. 1178. 1179. 1180. 1181. 1182. 1183. 1184. 1185. 1186. 1187. 1188. 1189. 1190. 1191. 1192. 1193. 1194. 1195. 1196. 1197. 1198. 1199. 1200. 1201. 1202. 1203. 1204. 1205. 1206. 1207. 1208. 1209. 1210. 1211. 1212. 1213. 1214. 1215. 1216. 1217. 1218. 1219. 1220. 1221. 1222. 1223. 1224. 1225. 1226. 1227. 1228. 1229. 1230. 1231. 1232. 1233. 1234. 1235. 1236. 1237. 1238. 1239. 1240. 1241. 1242. 1243. 1244. 1245. 1246. 1247. 1248. 1249. 1250. 1251. 1252. 1253. 1254. 1255. 1256. 1257. 1258. 1259. 1260. 1261. 1262. 1263. 1264. 1265. 1266. 1267. 1268. 1269. 1270. 1271. 1272. 1273. 1274. 1275. 1276. 1277. 1278. 1279. 1280. 1281. 1282. 1283. 1284. 1285. 1286. 1287. 1288. 1289. 1290. 1291. 1292. 1293. 1294. 1295. 1296. 1297. 1298. 1299. 1300. 1301. 1302. 1303. 1304. 1305. 1306. 1307. 1308. 1309. 1310. 1311. 1312. 1313. 1314. 1315. 1316. 1317. 1318. 1319. 1320. 1321. 1322. 1323. 1324. 1325. 1326. 1327. 1328. 1329. 1330. 1331. 1332. 1333. 1334. 1335. 1336. 1337. 1338. 1339. 1340. 1341. 1342. 1343. 1344. 1345. 1346. 1347. 1348. 1349. 1350. 1351. 1352. 1353. 1354. 1355. 1356. 1357. 1358. 1359. 1360. 1361. 1362. 1363. 1364. 1365. 1366. 1367. 1368. 1369. 1370. 1371. 1372. 1373. 1374. 1375. 1376. 1377. 1378. 1379. 1380. 1381. 1382. 1383. 1384. 1385. 1386. 1387. 1388. 1389. 1390. 1391. 1392. 1393. 1394. 1395. 1396. 1397. 1398. 1399. 1400. 1401. 1402. 1403. 1404. 1405. 1406. 1407. 1408. 1409. 1410. 1411. 1412. 1413. 1414. 1415. 1416. 1417. 1418. 1419. 1420. 1421. 1422. 1423. 1424. 1425. 1426. 1427. 1428. 1429. 1430. 1431. 1432. 1433. 1434. 1435. 1436. 1437. 1438. 1439. 1440. 1441. 1442. 1443. 1444. 1445. 1446. 1447. 1448. 1449. 1450. 1451. 1452. 1453. 1454. 1455. 1456. 1457. 1458. 1459. 1460. 1461. 1462. 1463. 1464. 1465. 1466. 1467. 1468. 1469. 1470. 1471. 1472. 1473. 1474. 1475. 1476. 1477. 1478. 1479. 1480. 1481. 1482. 1483. 1484. 1485. 1486. 1487. 1488. 1489. 1490. 1491. 1492. 1493. 1494. 1495. 1496. 1497. 1498. 1499. 1500. 1501. 1502. 1503. 1504. 1505. 1506. 1507. 1508. 1509. 1510. 1511. 1512. 1513. 1514. 1515. 1516. 1517. 1518. 1519. 1520. 1521. 1522. 1523. 1524. 1525. 1526. 1527. 1528. 1529. 1530. 1531. 1532. 1533. 1534. 1535. 1536. 1537. 1538. 1539. 1540. 1541. 1542. 1543. 1544. 1545. 1546. 1547. 1548. 1549. 1550. 1551. 1552. 1553. 1554. 1555. 1556. 1557. 1558. 1559. 1560. 1561. 1562. 1563. 1564. 1565. 1566. 1567. 1568. 1569. 1570. 1571. 1572. 1573. 1574. 1575. 1576. 1577. 1578. 1579. 1580. 1581. 1582. 1583. 1584. 1585. 1586. 1587. 1588. 1589. 1590. 1591. 1592. 1593. 1594. 1595. 1596. 1597. 1598. 1599. 1600. 1601. 1602. 1603. 1604. 1605. 1606. 1607. 1608. 1609. 1610. 1611. 1612. 1613. 1614. 1615. 1616. 1617. 1618. 1619. 1620. 1621. 1622. 1623. 1624. 1625. 1626. 1627. 1628. 1629. 1630. 1631. 1632. 1633. 1634. 1635. 1636. 1637. 1638. 1639. 1640. 1641. 1642. 1643. 1644. 1645. 1646. 1647. 1648. 1649. 1650. 1651. 1652. 1653. 1654. 1655. 1656. 1657. 1658. 1659. 1660. 1661. 1662. 1663. 1664. 1665. 1666. 1667. 1668. 1669. 1670. 1671. 1672. 1673. 1674. 1675. 1676. 1677. 1678. 1679. 1680. 1681. 1682. 1683. 1684. 1685. 1686. 1687. 1688. 1689. 1690. 1691. 1692. 1693. 1694. 1695. 1696. 1697. 1698. 1699. 1700. 1701. 1702. 1703. 1704. 1705. 1706. 1707. 1708. 1709. 1710. 1711. 1712. 1713. 1714. 1715. 1716. 1717. 1718. 1719. 1720. 1721. 1722. 1723. 1724. 1725. 1726. 1727. 1728. 1729. 1730. 1731. 1732. 1733. 1734. 1735. 1736. 1737. 1738. 1739. 1740. 1741. 1742. 1743. 1744. 1745. 1746. 1747. 1748. 1749. 1750. 1751. 1752. 1753. 1754. 1755. 1756. 1757. 1758. 1759. 1760. 1761. 1762. 1763. 1764. 1765. 1766. 1767. 1768. 1769. 1770. 1771. 1772. 1773. 1774. 1775. 1776. 1777. 1778. 1779. 1780. 1781. 1782. 1783. 1784. 1785. 1786. 1787. 1788. 1789. 1790. 1791. 1792. 1793. 1794. 1795. 1796. 1797. 1798. 1799. 1800. 1801. 1802. 1803. 1804. 1805. 1806. 1807. 1808. 1809. 1810. 1811. 1812. 1813. 1814. 1815. 1816. 1817. 1818. 1819. 1820. 1821. 1822. 1823. 1824. 1825. 1826. 1827. 1828. 1829. 1830. 1831. 1832. 1833. 1834. 1835. 1836. 1837. 1838. 1839. 1840. 1841. 1842. 1843. 1844. 1845. 1846. 1847. 1848. 1849. 1850. 1851. 1852. 1853. 1854. 1855. 1856. 1857. 1858. 1859. 1860. 1861. 1862. 1863. 1864. 1865. 1866. 1867. 1868. 1869. 1870. 1871. 1872. 1873. 1874. 1875. 1876. 1877. 1878. 1879. 1880. 1881. 1882. 1883. 1884. 1885. 1886. 1887. 1888. 1889. 1890. 1891. 1892. 1893. 1894. 1895. 1896. 1897. 1898. 1899. 1900. 1901. 1902. 1903. 1904. 1905. 1906. 1907. 1908. 1909. 1910. 1911. 1912. 1913. 1914. 1915. 1916. 1917. 1918. 1919. 1920. 1921. 1922. 1923. 1924. 1925. 1926. 1927. 1928. 1929. 1930. 1931. 1932. 1933. 1934. 1935. 1936. 1937. 1938. 1939. 1940. 1941. 1942. 1943. 1944. 1945. 1946. 1947. 1948. 1949. 1950. 1951. 1952. 1953. 1954. 1955. 1956. 1957. 1958. 1959. 1960. 1961. 1962. 1963. 1964. 1965. 1966. 1967. 1968. 1969. 1970. 1971. 1972. 1973. 1974. 1975. 1976. 1977. 1978. 1979. 1980. 1981. 1982. 1983. 1984. 1985. 1986. 1987. 1988. 1989. 1990. 1991. 1992. 1993. 1994. 1995. 1996. 1997. 1998. 1999. 2000. 2001. 2002. 2003. 2004. 2005. 2006. 2007. 2008. 2009. 2010. 2011. 2012. 2013. 2014. 2015. 2016. 2017. 2018. 2019. 2020. 2021. 2022. 2023. 2024. 2025. 2026. 2027. 2028. 2029. 2030. 2031. 2032. 2033. 2034. 2035. 2036. 2037. 2038. 2039. 2040. 2041. 2042. 2043. 2044. 2045. 2046. 2047. 2048. 2049. 2050. 2051. 2052. 2053. 2054. 2055. 2056. 2057. 2058. 2059. 2060. 2061. 2062. 2063. 2064. 2065. 2066. 2067. 2068. 2069. 2070. 2071. 2072. 2073. 2074. 2075. 2076. 2077. 2078. 2079. 2080. 2081. 2082. 2083. 2084. 2085. 2086. 2087. 2088. 2089. 2090. 2091. 2092. 2093. 2094. 2095. 2096. 2097. 2098. 2099. 2100. 2101. 2102. 2103. 2104. 2105. 2106. 2107. 2108. 2109. 2110. 2111. 2112. 2113. 2114. 2115. 2116. 2117. 2118. 2119. 2120. 2121. 2122. 2123. 2124. 2125. 2126. 2127. 2128. 2129. 2130. 2131. 2132. 2133. 2134. 2135. 2136. 2137. 2138. 2139. 2140. 2141. 2142. 2143. 2144. 2145. 2146. 2147. 2148. 2149. 2150. 2151. 2152. 2153. 2154. 2155. 2156. 2157. 2158. 2159. 2160. 2161. 2162. 2163. 2164. 2165. 2166. 2167. 2168. 2169. 2170. 2171. 2172. 2173. 2174. 2175. 2176. 2177. 2178. 2179. 2180. 2181. 2182. 2183. 2184. 2185. 2186. 2187. 2188. 2189. 2190. 2191. 2192. 2193. 2194. 2195. 21

PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULISTA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA/ATENDIMENTO USB 12

IDENTIFICAÇÃO OCORRÊNCIA

DATA: 10/11/2018 HORA: 14:40 CID: 025 PACIENTE/USUARIO: *Lucas Ricardo de Jesus Silva* IDADE: 31 SEXO: M
LOCAL DA OCORRÊNCIA: PB: 283 BAIRRO: Centro MEDICO REGULADOR: Dr. Francisco
TRANSFERÊNCIA DE DESTINO: *HR* APOIO LOCAL: *PM* () RESGATE/BOMBEIROS () PRF () CPTRAN CUTRO:
OTA: NÃO SE ENCONTRA NO LOCAL () RECUSOU ATENDIMENTO () SOCORRIDO PELO BOMBEIRO () LOCAL NÃO ENCONTRADO
() VÍTIMA NO LOCAL () ÓBITO NO TRANSPORTE () CANCELADO () OUTRO:
NOTAS DE AVALIAÇÃO: *Queda motociclista*

EXAME

ESTADO INICIAL

CRÍTICO GRAVE MODERADO LEVE

PELE	<input checked="" type="checkbox"/> PÁLIDO () CIANÓTICO () ICTÉRICO () SUDOREICO () CORADA () ÚMIDA () FRIA () PEGAGOSA	CRÍTICO	GRAVE	MODERADO	LEVE
VIAS AEREA	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL () BRADIPNEIA () TAQUIPNEIA () APNEIA () DISPNEIA () RESPIR. RUÍDOSA () OBSTRUÇÃO () HEMOPTISE () TOSSE PRODUTIVA () VENTIL. ESPONT. () VENT. ASSIST. () AUSC. PULM. () RV () RA () CREPTOS () SIBLOS () RONCOS	INSTÁVEL	GRAVE	MODERADO	LEVE
CARDI	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁDICO () BRADICÁDICO () TAQUICÁDICO () BCNF () BCHF () PRECORDIALGIA () NORMOTENSO () HIPOTENSO () HIPERTENSO () PCR () EDEMA - LOCAL () ENCH. CAP. () > 28 () < 28 () CHOQUE: () HIPOV () ANAFIL () SÉPTICO () CARDIOG	SINAIS VITAIS E PARÂMETROS EVOLUTIVOS			
DIGES	<input checked="" type="checkbox"/> NORM () EPIGASTRALGIA () INDIA () HEMATÊMESE	HORA: 14:40	PA mmHg: 140/90	FR lpm: 18	FC bpm: 95
ABDO	<input checked="" type="checkbox"/> NORM () DISTENDIDO () DOLOROSO - LOCAL ()	SpO2 %: 95	Tm °C: 36.8	HGT mg/dl: 138	ECG: 138
NEUR	<input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE () ORIENTADO () CONFUSO () DESORIENTADO () MIDRIASE () MIDOSE () ANISOCÓR () ISOCÓRICA () DEFICIT MOTOR () DEFICIT SENSITIVO () CONVULSÃO	APGAR: 100			
GINEC	() TRABALHO DE PARTO () ABORTAMENTO () DOR PÉLVICA () METRORRAGIA () NASCIM. () BOLSA ROTA () CONTRAÇÕES/MIN. BCF () NORMOFO () HIPOFO	PROCEDIMENTOS REALIZADOS			
QUEI	CAS PESQ TAMI TPQS PERI USQ MSE TID MIR	O2GÊNIO: 10min () CAT. NASAL () NR () BVM () ASPIRAÇÃO DE VÍVIA () ELEVÇÃO DE DECUBITO () CAN. OROFARÍNGEA () BL () CT () SNG () SVD () AWP ABOCATH N° LOCAL () CURATIVO: () COMPR () SUTURAS () TORNOQUETE () IMOBILIZAÇÃO - LOCAL () KED () COLAR CERV. - TAM () OUTROS:			

ANTECEDENTES: () DIABETES () HAS () CARDIOPATIA () TABAGISTA () ETILISTA () ALERGIAS:
MEDICAMENTOS EM USO: ANTECEDENTES FAMILIARES:

QUEIXAS: *Perda em subclavicular sangramento*

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Diagnóstico: () Ansiedade () Capacidade adaptativa intracraniana diminuída () Comunicação verbal prejudicada () Confusão aguda () Desorientação proposital () Débito sanguíneo diminuído () Desobstrução ineficaz de vias aéreas () Disreflexia autonômica () Dor aguda () Hipertensão () Hipotensão () Integridade da pele prejudicada () Integridade ocular prejudicada () Ilusão () Intolerância à atividade () Mucosa oral prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Perfunção tissular cerebral ineficaz () Perfunção tissular cardiopulmonar ineficaz () Risco de Perfunção tissular gastrointestinal ineficaz () Risco de Perfunção tissular respir ineficaz () Termorregulação ineficaz () Traça de gases prejudicada () Ventilação espontânea prejudicada () Volume de líquidos deficientes () Volume de líquidos excessivo () Náusea () Retenção urinária () Integridade social prejudicada () Incontinência intestinal () Eliminação urinária prejudicada () Constipação () Outros:

Intervenções: *- Análise SBCU*
- Imobilização em prancha rígida cervical
- Análise SBCU

Implementações de assist. evolução de enfermagem: *Paciente consciente, orientado, confuso. Alteração vital de queda de altura, representada por perda em subclavicular sangramento, com hemorragia ativa, em quantidade não quantificada, com hemorragia ativa, em quantidade não quantificada, com hemorragia ativa, em quantidade não quantificada.*

TERAPÊUTICA INSTITUÍDA

REPOSIÇÃO VOLEMICA	VOLUME	MEDICAÇÕES	POSOLOGIA	VIA DE ADM	HORÁRIO
SOLUÇÃO RINGER LACTATO	20ml				
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0.9%					
SOLUÇÃO Glicosada 5.5%					
OUTRO					

19 MAR 2019



Flaviana Alves de
Enfermeira
COREN: 134288

EQUIPE

Enfermeiro: _____ COREN: _____

Téc. Enfer: _____

LOCAL DE CÉDULO: H.R. Pombal

RESPONSÁVEL: D. José Roberto de Sousa Neto
CNPJ: 08.047.120/0001-11
Emp. 00000000000000000000

Função: _____

Assinatura: Josina Pereira da Silva
Condutor Socorrista
CNH: AB-12: 7.349.201

TERMO DE RECUSA

DECLARO PARA TODOS OS FINS QUE ESTOU RECUSANDO O ATENDIMENTO DISPONIBILIZADO PELO SAMU - PAULISTA - PE, NESTA OPORTUNIDADE.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ TESTEMUNHA 02: _____

PERTENCES DO PACIENTE

DESCRIÇÃO: _____

NOME DO RECEPTOR: _____ FUNÇÃO: _____

ASSINATURA DO RECEPTOR: _____

19 MAR 2019



Decubitus A. 21.01.19 17-23
Norte de Tlaxcala *Cucurbita* *Lemniscas do Seta*
"Santo" (X) "Santo" (X) "Santo" (X) "Santo" (X)
Casta

Dorsennummer: 1200000000
 Dorsennummer: 1200000000
 Dorsennummer: 1200000000
 Dorsennummer: 1200000000

Ma' la' suparte roale Hospital.

Procedimientos estadísticos

$P-X$ = langzeitiger aus fermentieren

19 MAR 2019

chemicals to ammonia

Dr. Mariana Pereira Correia
CRM-PR 2043



Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Paciente: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA
Data de Nascimento: 20/05/1967
Data do Exame: 21/01/2019
Sexo: M

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO

INDICAÇÃO CLÍNICA:

Avaliação após trauma.

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

O parênquima cerebral apresenta forma, posição, dimensões e densidade usuais.

Sulcos corticais, cissuras de Sylvius, sistema ventricular supratentorial e cisternas da base de aspecto usual para a faixa etária.

Estruturas da linha média centradas.

Não há evidências de lesões focais detectáveis ao método na fossa posterior.

O IV ventrículo é típico e tem dimensões normais.

Calcificações parietais nos seios carotídeos.

Ausência de fraturas desalinhadas na calota craniana e/ou coleções hemáticas intracranianas.

Hematoma subgaleal fronto-parieto-temporal direito.

Traço de fratura sem desalinhamento no arco zigomático direito e na parede lateral da órbita deste lado.

CONCLUSÃO:

Hematoma subgaleal fronto-parieto-temporal direito.

Traço de fratura sem desalinhamento no arco zigomático direito e na parede lateral da órbita deste lado.

Calcificações parietais nos seios carotídeos.

NOTA: Discreta sinusopatia fronto-esfeno-etmoidal bilateral.

Natalia Saraiva Coelho

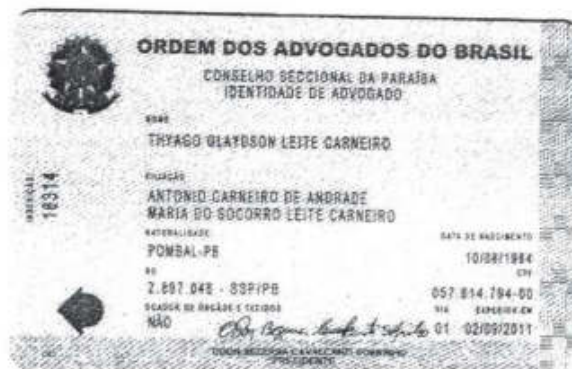
19 MAR 2019

Assinado Eletronicamente por: Dra Natalia Saraiva Coelho CRM 10667-ES | Médica-radiologista RQE 8837-ES CRM ES-1964-55 em Laudo Radiológico Criado em 21/01/2019 19:39:23 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Esta é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, e quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237
Unidade 3: Rua Venâncio Nery, s/n / Centro - Catalão da Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114





19 MAR 2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 17:05:47

<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121117054443400000026049169>

Número do documento: 19121117054443400000026049169

Num. 26984252 - Pág. 16

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E RENOVAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014200060635
2 0096011189-7 00/00000000 2018
MARVALDO SANTANA TRINQUEIRO

02713831431 MOS3906/PB
NOVO PB 902HC08108R266676
PAS/MOTORCICLE/NAO/AFELIC GASOLINA
HONDA/CG 150 TITAN TC 2008 2558
2 P/149 /CI PARTIC CINZA
00/00/0000 1
0 0 3
***** 0
***** SEGURO P A G O 28/06/2018
A.F ADM DE COM NUCION HONDA LTDA
0
FORDEAL-PB 03/07/2018
9460 14796

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

PB Nº 014200060635 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2018 03/07/2018

1 02713831431 MOS3906/PB
00980111897 HONDA/CG 150 TITAN KS
2008 9 902HC08108R266676
PREMIO TARIFARIO *****

***** SEGURO P A G O 28/06/2018
S

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.343.905/0001-04

14796-1421124-20180703

19 MAR 2019

**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

196-11119

REFERÊNCIA
FEV/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MAKIVALDO SANTANA TRIGUEIRO
RUA NEWTON SEIXAS, S/N - CENTRO POMBAL PB
58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Público	
12.005.100.0016.000	0001	0	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y09S701001	24-02-2010	ENTRADA DE LIGACÃO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M ³)	NÚM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
1226	1230	4	31	10-03/2019		
HIST. CONS. - ANOR. LEIT. - QUALID. ÁGUA - ANEXO DO PORT. 05/2017 ID.						
		PARAMETROS	EXEC.	ANALIS.	CONFORMES	
JAN/2019	6	TURBIDEZ	46	46	46	
DEZ/2018	5	CLORO	46	46	46	
NOV/2018	3	COL. TERNOT	0	0	0	
OUT/2018	5	CCR	10	46	42	
SET/2018	6	COL. TOTAIS	46	46	46	
AGO/2018	4	DADOS REFERENTES A DEZ/2018				
MEDIA(M)	4					

DATA DA IMPRESSÃO: 11/02/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 12:55:14

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 (UNIDADE(S))

4,115 17,91

CONSUMO DE ÁGUA

ESGOTO

0,76

ACRESCIMOS (S) MES(ES) ANT. 12/2018

0,21

DUROS DE MORA 12/2018

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS (R\$) 3,97 DÍG. E COTIZ. LIT. 13/2017

VENCIMENTO:

24/02/2019

Total a Pagar:

R\$ 38,88



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

TIPO DE TARIFA: 1

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR *** DECLARAMOS NÃO EXISTIR DÍGITS

OS DE FATURAS DE 2018 - LEI 12007/09

19 MAR 2019



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208505 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO - HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO PARIETAL TEMPORAL À DIREITA.
TRAÇO DE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO E PAREDE DE ÓRBITA LATERAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208505 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA EM ESTRUTURA CRANIO FACIAL COM HEMATOMA SUBGALEAL FRONTO PARIETAL TEMPORAL À DIREITA. TRAÇO DE FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO E PAREDA DE ORBITA LATERAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Lucenildo Fernandes da Silva
RG: 002735834 Orgão Emissor: SSP/PB CPF: 576.563.394-34
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: União Estável Profissão: Autônomo
Endereço: Rua Francisco Mendes de Sousa Nº 108
Bairro: Jardim Regina Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal/PB
Telefone: (83) 99660-7071 () ()

OUTORGADO:

Nome: Thyago Claydon Leite Correia
RG: 2977048 Orgão Emissor: SSP/PB CPF: 057.614.794-00
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Advogado
Endereço: Rua General João Correia Nº 514
Bairro: Centro Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal
Telefone: (83) 99660-7071 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à:

Vítima: Lucenildo Fernandes da Silva

CPF: 576.563.394-34 Data do Acidente: 21/01/2019
Cobertura solicitada: ☒ Invalidéz Permanente () DAMS () Morte

19 MAR 2019



Pombal, 13 de Março de 2019.
Local e data

Lucenildo F. da Silva
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOCUMENTOS
NOTAS E PROTESTO POMBAL
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

CARTÓRIO AVELINO ABBES DE QUEIROGA
RUA CEL JOSE FERNANDES 463 - CENTRO
Tel: 83 3431-3095 - eMail: cartorio2pombal@hotmail.com
Reconheço como AUTÊNTICA a firma e letra de LUCENILDO
FERNANDES DA SILVA e dou fé
POMBAL-Paraíba, 13/03/2019.



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Lucenildo Fernandes da Silva
RG: 002735834 Orgão Emissor: SSP/PB CPF: 576.563.394-34
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: União Estável Profissão: Autônomo
Endereço: Rua Francisco Mendes de Sousa Nº 108
Bairro: Jardim Regina Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal/PB
Telefone: (83) 99660-7071 () ()

OUTORGADO:

Nome: Thyago Claydon Leite Correia
RG: 2977048 Orgão Emissor: SSP/PB CPF: 057.614.794-00
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro Profissão: Advogado
Endereço: Rua General João Correia Nº 511
Bairro: Centro Cep: 55540-000 Cidade/UF: Pombal
Telefone: (83) 99660-7071 () ()

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do **Seguro DPVAT** referente à Vítima: Lucenildo Fernandes da Silva

CPF: 576.563.394-34 Data do Acidente: 21/01/2019

Cobertura solicitada: ☒ Invalidéz Permanente () DAMS () Morte

19 MAR 2019

Pombal, 13 de Março de 2019.
Local e data



Lucenildo F. da Silva
Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)



2º TABELIONATO DE REGISTRO
DE TÍTULOS/DOCUMENTOS
NOTAS E PROTESTO POMBAL
André Luiz E. de Queiroga
Tabelião Substituto

CARTÓRIO AVELINO ABBES DE QUEIROGA
RUA CEL JOSE FERNANDES 463 - CENTRO
Tel: 83 3431-3095 - eMail: cartorio2pombal@hotmail.com
Reconheço como AUTÊNTICA a firma e letra de LUCENILDO
FERNANDES DA SILVA e dou fé
POMBAL-Paraíba, 13/03/2019.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093179/19

Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

CPF: 576.563.394-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/01/2019

Titular do CPF: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

THYAGO GLAYDSO LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

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

LUCENILDO FERNANDES DA SILVA : 576.563.394-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: THYAGO GLAYDSO LEITE CARNEIRO
CPF: 057.614.794-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

THYAGO GLAYDSO LEITE CARNEIRO

JANE APARECIDA COSTA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093179/19

Vítima: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

CPF: 576.563.394-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/01/2019

Titular do CPF: LUCENILDO FERNANDES DA SILVA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO : 057.614.794-00

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

LUCENILDO FERNANDES DA SILVA : 576.563.394-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO
CPF: 057.614.794-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: JANE APARECIDA COSTA
CPF: 619.395.799-53

THYAGO GLAYDSOON LEITE CARNEIRO

JANE APARECIDA COSTA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE POMBAL/PB

Processo: 08012488020198150301

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCENILDO FERNANDES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO



ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPOSTO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

POMBAL, 9 de dezembro de 2019.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2019 17:05:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121117054727000000026049170>
Número do documento: 19121117054727000000026049170