



Número: **0830389-74.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **29/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GIOVANNI RAMOS DA SILVA (AUTOR)		MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36531167	11/11/2020 13:58	Petição	Petição
36531169	11/11/2020 13:58	2700217_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
36531170	11/11/2020 13:58	2700217_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190208374

Vítima: GIOVANNI RAMOS DA SILVA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GIOVANNI RAMOS 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,

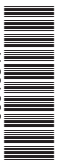
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14076716

Pag. 01893/01894 - carta_01 - INVALIDEZ

00010947





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, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190208374

Vítima: GIOVANNI RAMOS DA SILVA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GIOVANNI RAMOS DA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: GIOVANNI RAMOS DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000008253-8

Conta: 000001664-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





BOLETIM DE OCORRÊNCIA
Nº00001.01.2019.2.00.420

OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 27/10/2018

Hora: 14:41:00

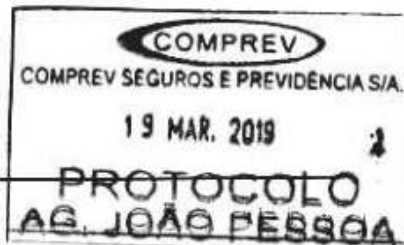
Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Rua Barão do Abiaí, Centro, Campina Grande, PB.

Ponto de referência: Perto do Em Frente Ao Shop do Alemão

PARTE(S)

VITIMA:
Nome: Giovanni Ramos da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Maria Edvânia Dantas Ramos e Ildevandro da Silva Rocha
Idade: 22 **Data de Nascimento:** 22/04/1996 **Identidade de Gênero:** masculino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Autonomo
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 704.746.654-10
Endereço: Rua Dublin, 92, Cuités, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto Doa Granja Nossa Senhora de Lourdes
Telefone: (83) 99195-2981



TESTEMUNHA:
Nome: Geane de Sousa Marques
Conhecido por: Não informado
Filiação: Irene Belo de Sousa e Severino Marques Neto
Idade: 24 **Data de Nascimento:** 28/06/1994 **Identidade de Gênero:** feminino
Nacionalidade: brasileira **Naturalidade:** Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado **Profissão:** Do Lar
Cargo: Não informado **Matrícula:** Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 700.445.184-47
Endereço: Rua Dublin, 38, Cuités, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto da Granja Nossa Senhora de Lourdes
Telefone: (83) 98633-6253



Procedimento Policial: 00001.01.2019.2.00.420





TESTEMUNHA

Nome: Filipe da Silva Rocha
Conhecido por: Não informado
Filiação: Adiana Simplicio da Rocha e José Patricio da Rocha Filho
Idade: 20 Data de Nascimento: 28/07/1998 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande
Estado Civil: solteiro(a)
Escolaridade: Não informado Profissão: Op. de Máquinas
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 131.648.344-46
Endereço: Rua Luxemburgo, 390, Cuités, Campina Grande, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Perto do Bar do Deda
Telefone: (83) 98743-7808

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 FAN ESDI, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2012, placa MOP-4711, chassi 9C2KC1680CR425218, renavam 0042041542-4

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 FAN ESDI, Ano/Modelo 2011/2012, cor preta, Placa MOP-4711-PB, Chassi de N° 9C2KC1680CR425218, licenciada em nome de Gean Lucas Rocha, quando trafegava na rua Barão do Abiaí, bairro centro, nesta cidade, momento em que o condutor de um veículo de sinais e condutor não identificado foi fazer uma ultrapassagem, tendo o comunicante tentado se desviar do mesmo, logo perdeu o controle de direção da moto, vindo a cair ao solo e sofrido fratura do Fêmur do lado direito, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



Procedimento Policial: 00001.01.2019.2.00.420



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos de Campina Grande



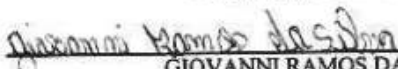
**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**




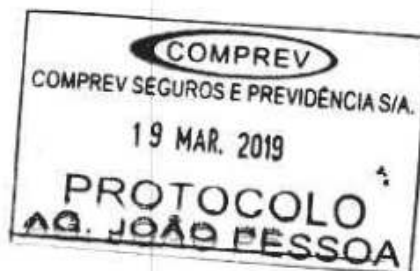
**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

Campina Grande/PB, 02 de janeiro de 2019.


LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
Delegado de Polícia Civil


GIOVANNI RAMOS DA SILVA
Noticiante


ADEMIR DA COSTA VILAR
Escrivão de Polícia



Procedimento Policial: 00001.01.2019.2.00.420

3/3





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 ASI: _____ CPF da vítima: 704.746.654-10 Nome completo da vítima: Giovanni Ramos da Silva

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

Nome completo: Giovanni Ramos da Silva CPF: 704.746.654-10
Profissão: Comerciante Endereço: Rua Benna Número: 70 Complemento: _____
Bairro: Cuites Cidade: Campina Grande Estado: PB CEP: 58404-873
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8253 8 CONTA: 1664 0
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Nascimento (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, Campina Grande - PB - 18/03/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Giovanni Ramos da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)
Assinatura

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____
COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 MAR. 2019
Assinatura
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

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

001 V001/2015



Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



ATO DECLARATÓRIO

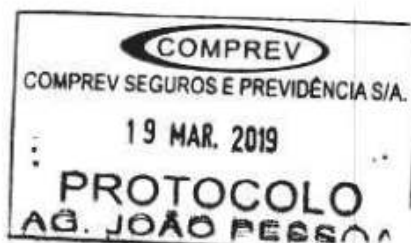


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

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

DATA: 27/10/2018	HORA: 14:41 HRS	ID Nº: 1733467
NOME: GIOVANNI RAMOS DA SILVA		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: RUA: BARÃO DO ABEAIR - CENTRO		
COMPLEMENTO: EM FRENTE AO SHOP DO ALEMÃO		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 18 de dezembro de 2018.




SUPERVISOR
Deonacio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GIOVANNI RAMOS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 08253-8

CONTA: 000000001664-0

Nr. da Autenticação 45997D13E9A2B34F



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da conta fiscalizada de energia elétrica. Nº 003.238.513



ENERGISA BORDOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-7
CNPJ 08.826.506/0001-05 Insc. Est. 18.003.835

DADOS DO CLIENTE

HILDEVANDRO DA SILVA ROCHA
RUA BERNARDO
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/53274-7

REFERÊNCIA

MAR/2019

APRESENTAÇÃO

12/03/2019

CONSUMO

249

VENCIMENTO

19/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 268,74

Acesse: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

HILDEVANDRO DA SILVA ROCHA

Roteiro: 06-401-434-1040

83650000002-8 68740147000-4 00532742019-5 03900401019-3

VENCIMENTO

19/03/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 268,74

MATRÍCULA

53274-2019-03-8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 13:58:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111113581559400000034874429>

Número do documento: 20111113581559400000034874429



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Michelen Helia Araujo Lima

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.737.204 / 07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Giovanni Ramos da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.746.654-10

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez do Vítima Giovanni Ramos da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.746.654 / 10 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Ren. _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

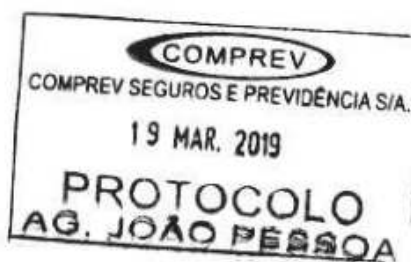
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Mal. Deodoro Fonseca</u>	Número: <u>290</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Prata</u>	Cidade: <u>Campina Grande</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58400-492</u>	Tel. (DDD): <u>83-98717.2282</u>

Local e Data: Campina Grande PB - 18/03/2019.

Michelen Helia A. Lima

Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 13:58:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011113581559400000034874429>

Número do documento: 2011113581559400000034874429

Num. 36531169 - Pág. 10

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Lucas Rocha,
 RG nº 4.387.815, data de expedição 30/03/2016,
 Órgão SSD51/PB, portador do CPF nº 139.030.274-79,
 com Domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado
 de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Luxemburgo
 nº 243, 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
GIOVANNI RAMOS DA SILVA, cujo o condutor
 era GIOVANNI RAMOS DA SILVA.

Veículo.....: HONDA ICG 150 FAN ESDI
 Ano.....: 2011
 Modelo.....: 2012
 Placa.....: MOP 9711 PB
 Chassi.....: 9C2KC1G30CR425218
 Data do acidente.: 27/10/2018

Local e data: CAMPINA GRANDE/PB - 24/01/2019

4º CARTÓRIO
FECHINE

x João Lucas Rocha

Assinatura do Declarante Proprietário
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



4º CARTÓRIO
FECHINE

x Giovanni Ramos da Silva

Assinatura do **CONDUTOR** (quando a vítima for carona)
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



FECHINE
 SERVIÇO NOTARIAL
 4º OFÍCIO
 Antonio Hamilton Fechine Santos - Tabelião
 Sarah da Silva Fechine - Tabeliã
 R. Manoel do Herval, 58 - Centro - CEP: 58405-007 - Campina Grande - PB
 Telefone: (31) 3321-3002 - Telefax: (31) 3321-3003 - E-mail: atendimento@fechine.pb.gov.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: GIOVANNI RAMOS DA SILVA
 Em test. da verdade, Campina Grande-PB 24/01/2019 09:42:48
 Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escrivente
 (2019-001736) TENDL: R\$ 19,91 FAPPEN: R\$ 0,29 FEPO: R\$ 1,98
 IITAL: AIB66072-UVU
 a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

FECHINE
 SERVIÇO NOTARIAL
 4º OFÍCIO
 Antonio Hamilton Fechine Santos - Tabelião
 Sarah da Silva Fechine - Tabeliã
 R. Manoel do Herval, 58 - Centro - CEP: 58405-007 - Campina Grande - PB
 Telefone: (31) 3321-3002 - Telefax: (31) 3321-3003 - E-mail: atendimento@fechine.pb.gov.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: JOÃO LUCAS ROCHA
 Em test. da verdade, Campina Grande-PB 24/01/2019 09:43:53
 Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escrivente
 (2019-001737) TENDL: R\$ 19,91 FAPPEN: R\$ 0,29 FEPO: R\$ 1,98
 SELO DIGITAL: AIB66072-LVYS
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



HTCG-Painol Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

proprio

Describe things of
identifiable nature
for evidence gathering

It is de laurier D

171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-1050-1051-1052-1053-1054-1055-1056-1057-1058-1059-1060-1061-1062-1063-1064-1065-1066-1067-1068-1069-1070-1071-1072-1073-1074-1075-1076-1077-1078-1079-1080-1081-1082-1083-1084-1085-1086-1087-1088-1089-1090-1091-1092-1093-1094-1095-1096-1097-1098-1099-1100-1101-1102-1103-1104-1105-1106-1107-1108-1109-1110-1111-1112-1113-1114-1115-1116-1117-1118-1119-1120-1121-1122-1123-1124-1125-1126-1127-1128-1129-1130-1131-1132-1133-1134-1135-1136-1137-1138-1139-1140-1141-1142-1143-1144-1145-1146-1147-1148-1149-1150-1151-1152-1153-1154-115

CRIM-PR 8643

Ad de Conf. C

Dr. Susan O'Neil
Cunningham
CPA

DESTINO DO PACIENTE ____/____/____ às ____:____ms

() Centro cirúrgico

() Intermação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar / () A revellir

\ ()Decisão Médica

(Mobito

Dr. Ricardo Sáez Martínez
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO


CBO

IDADE

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 MAR. 2019
PROTOCOLO :
AG. JOÃO PESSOA



Data da internação: 27/10/2018 Hora: 16:29:56

 SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES 2362856	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES					
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO 1762712	
5 - NOME DO PACIENTE GIOVANNI RAMOS DA SILVA					
7 - CARTÃO DO SUS 700200907700023		8 - DATA DE NASCIMENTO 22/04/1996		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fm <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA EDVANIA DANTAS RAMOS				11 - TELEFONE DE CONTATO 83 986336253	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) RUA DUBLIM, 92, CUITES					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande				14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250400	
				15 - UF PB	
				16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS DOR NA REGIÃO LOMBAR - LOMBAR - ON 47 ①					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de tratamento cirúrgico					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Ampliação + Rx + EF					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fr. de fratura de fêmur ①					
21 - CID 10 PRINCIPAL S72.3					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Trat. cir. fr. de fêmur				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050519	
26 - CLÍNICA 02		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	
		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296938549			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER DE MELO FALCAO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 27/10/2018		32 - ASSINATURA E CARGO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO Dr. Wagner Falcao ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPREV	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 27/10/18	
48 - ASSINATURA E CARGO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO Dr. Wagner Falcao ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 19 MAR. 2019 PROTOCOLO AG. JOAO PESSOA			



Data da internação: 27/10/2018 Hora: 16:29:56

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE GIOVANNI RAMOS DA SILVA				1762712	
7 - CARTÃO DO SUS 700200907700023		8 - DATA DE NASCIMENTO 22/04/1996		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA EDVANIA DANTAS RAMOS				11 - TELEFONE DE CONTATO 83 986336253	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) RUA DUBLIM, 92, CUITES					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Campina Grande		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250400		15 - UF PB	
				16 - CEP 58400002	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Dor e inchaço na região da perna esquerda.					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de tratamento cirúrgico.					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Ressonância + RX + TC					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura de fêmur		21 - CID 10 PRINCIPAL S72.3		22 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Trat cirúrgico de fratura de fêmur				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408050519	
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	
				29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016296938549	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE WAGNER DE MELO FALCAO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 27/10/2018		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Wagner Falcão ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE	
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
				41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO 304MPREV	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 27/10/18	
				48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Wagner Falcão ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643	
19 MAR. 2019 PROTOCOLO AG. JOÃO REC.					



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 13:58:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111113581559400000034874429>

Número do documento: 20111113581559400000034874429

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DR

Diagnóstico

Forma Clínica de Lesão ①

Paciente	GIOVANNI RAMOS DA SILVA	Alojamento		Leito	9	Convênio	
----------	-------------------------	------------	--	-------	---	----------	--

Data	Prescrição Médica	CT	Horário	Evolução Médica
27/10	① Dieta livre ② SE 0,9% 1500 ml EV 24h ③ DOPAMINA 4 mg EV 6/6h ④ Tilam 20mg EV 12/12h ⑤ Nuxa 500/30 mg 8/8h VO ⑥ Ceftriax 40mg SC 1x AO DIA ⑦ CCGG + SSV	27 28 29 30 31	18h 18h 18h 18h 18h	Dom em estado pós-ictal com melhora

Dr. Wagner Falcão
 Neurologia e Traumatologia
 CRM-PB 8643

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 19 MAR. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

Dr. Wagner Falcão
 Neurologia e Traumatologia
 CRM-PB 8643



Fr. diof. Fein D

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
19 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

DIAGNOSTICO
F. A. Futura Distância

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
19 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DIAGNÓSTICO
Tx Definição (D)

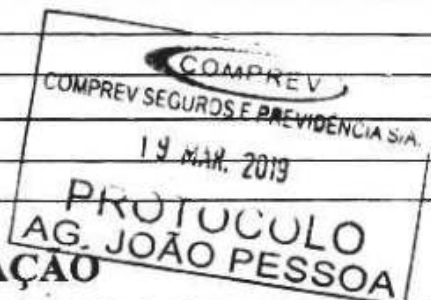
[illegible]



**GOVERNO
DA PARÁ**

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

Nome do Paciente <u>GROUINI RIMAS DA SILVA</u>		Nº Prontuário	
Data da Operação <u>31/10/18</u>	Enf.	Leito	
Operador <u>Dr. WERSON</u>		1º Auxiliar <u>Dr. YURY (MEZ)</u>	
2º Auxiliar <u>Dr. EULZ (MEI)</u>	3º Auxiliar	Instrumentador <u>NORMA</u>	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>fx Diáfisa fêmur (D)</u>			
Tipo de Operação <u>Osteossíntese</u>			
Diagnóstico Pós-Operatório <u>O mesmo</u>			
Relatório Imediato da Patologia <u>φ</u>			
Exame Radiológico no Ato <u>NAS</u>			
Acidente Durante a Operação <u>NAS</u>			



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
1) Paciente em DDH sob Anestesia.
2) Aspiração + Antissépsis + Campos estéril.
3) Incisão em fêmur lateral da coxa (D) + Dissecção por planos + Hemostasia.
4) Redução cruenta da fratura.
5) Osteossíntese c/ placa DCP UFG 12F + 10 parafusos.
6) Lavagem da fx c/ NaCl.
7) Fechamento por planos + Dreno de sucção 4.8.
8) Curativo.

De YURY PESSOA
CONTADOR PATRIARCA
19/11/2018

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Giovanni Ramos da Silva D.N. 22/04/1996				GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	
		S.J.S.	22 anos	1762682	
CIRURGIA: Trat. Cirúrgico de Fratura de fêmur D.			CIRURGIÃO: Dr. Yury + Dr. Heller (Wasson)		
ANESTESIA: Raque			ANESTESIA: Dr. Almir		
INSTRUMENTADORA		DATA	INÍCIO	FIM	
		31/10/18	12:00	12:15	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Adrenalina amp. 01		Cat. de Oxi.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.		Cat. De Uter. Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp. 30		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
01	Dimor. amp. 0,2mg		Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolanina amp.		Colonoide		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml		Dreno de sucção 4.8		Catgut Simples Sertix
	Fenegan amp. 01		Dreno Kerr		Catgut Simples Sertix
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera pl. osso
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond
01	Mecaina 0,5 % ml pes.		Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Proligmine amp. 05		Espandrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak
	Protóxido I/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak
	Quelicin ml 08		Gase Pacote c/ 10 unid. ads		Fita cardíaca
	Rapien amp.		H.O. ml	04	Mononylon
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix
02	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix
02	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 10		Prolene Sertix
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0	2	Vicryl Sertix
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.		Oxigênio lit. 3l/min		
	Glucon de Cálcio amp.		Polifix		
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml		
	Heparema ml		PVPI Tópico ml		
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico	03	SOROS
01	Lase. amp. Nauseadren		Saco coletor		SG Normotérmico fr 500 ml
	Medrolinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Gelado fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		SG fr 500 ml
	Stuplanon amp.		Sonda Foley		
02	Cefazolina 1g		Sonda Nasogátrica		
07	Demamonid 15		Sonda Uretral nº		
			Steridren		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
03	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Agulha desc. 28 x 28		Lase.		
	Agulha desc. 3 x 4,5				
01	Agulha p/ raque nº 26 G		05 eletrodos		
	Alcool de Enfermagem		05 gel acid.		
	Alcool Iodado ml		05 algodão opt.		
02	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				
			EQUIPAMENTOS		
			<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input type="checkbox"/> Fonte de Luz		
			<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautêro <input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico		
CIRCULANTE RESPONSÁVEL					
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 13:58:17 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111113581559400000034874429 Número do documento: 20111113581559400000034874429					

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
19 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

ORTESE E PRÓTESE
01 placa longa de 12
09 parafusos



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECC		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>GIOVANNI VANDER DA SILVA</u>			IDADE	SEXO	COR
DATA: <u>11/10/2019</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTIS	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATÁRAXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: <u>FNAT. FEMUR D</u>					ESTADO FÍSICO	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <p>AGENTES ANESTÉSICOS</p> <p>QUANTIDADE</p> <p>10</p> <p>17</p> </div> <div style="flex: 2;"> </div> </div>							
CÓDIGOS				<p>INDUÇÃO</p> <p>Satisf.: _____ Excit.: _____ Tosse: _____</p> <p>Laringo espasmo: _____ Lenta: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>MANUTENÇÃO</p>			
<p>VP ARTERIAL: O - PULSO: O - RESPIRAÇÃO</p> <p>AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO</p>				<p>COMPREV</p> <p>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A</p> <p>19 MAR. 2019</p> <p>PROTOCOLO</p> <p>AG. JOÃO PESSOA</p> <p>ANESTESIA SATELITE</p> <p>Não, por quê? _____</p>			
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES				<p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO: _____</p> <p>Obstr.: _____ Co.: _____ Excit.: _____</p> <p>Náuseas: _____ Vômitos: _____</p> <p>Outros: _____</p> <p>Com cânula: _____</p> <p>Paro o Leito Sim _____ Não _____</p> <p>CONDIÇÕES: _____</p>			
POSICÃO							
AGENTES: <u>ANESTESIA 0.52 kg, DIFORTIN, EXENAT, DANTAL, FENIL, BZ</u>							
TÉCNICA: <u>RAZULI RACHETICA</u>							
OPERAÇÃO: <u>RED. CIRURGICA @ 1 FIA 3 CA</u>							
CIRURGIÕES: <u>WALTER GOMES JUNIOR + ELLER</u>							
ANESTESISTAS: <u>Atchip</u>							
OBSERVAÇÕES							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

MOD. 968

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 13:58:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011113581559400000034874429

Número do documento: 2011113581559400000034874429

Num. 36531169 - Pág. 23

DIAGNÓSTICO

FOILIA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Capitão Leany de Azeite Alojamento: 2 Leito 3 Convênio H. Par. Leany D

Data 11/11 Prescrição Médica

1. Dieta Normal

2. SML 1500ml EV/24h

3. Dipirona 02ML + AD EV 06/06h

4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h

5. Omeprazol 40mg EV/jejum

6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN

7. Nauseadron 01 FA + AD EV 8/8h SN

8. Clegam 40mg SC/dia Suspensão

9. SSVV + CCGG

Horário

Evolução Médica

11/11

Pronto atendimento de

11/11

11/11

11/11

11/11

11/11

11/11

11/11

Holissom Barros de Almeida
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - 55.562

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
19 MAR. 2019

PROTOCOLO
3.1046 PESSOAS

11/11

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CAMINTESE - CASSIDALIS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CADERNO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PARAÍBA

JOVANNI RAMOS DA SILVA

4154844 **SEC/UF** **PB**

704.746.654-10 **22/04/1996**

RENILDEVANDRO DA SILVA
ROCHA
MARIA JOVANNIA DANTAS
RAMOS

PERMISSÃO **AB**

07034087663 **11/04/2019** **11/04/2018**

1633730460

1633730460

PARAÍBA

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 19 MAR. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-234



Michelon Hédia A. Lima

SIGNATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.587.918 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 05/10/2015

NOME MICHELEN HÉLIA ARAUJO LIMA

FILIAÇÃO HELIO MONTEIRO LIMA MARIA DO SOCORRO ARAUJO LIMA

NATURALIDADE CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 13/05/1984

DOS ORIGEM CERT. CAS. C/ AVERB. Nº 99576 - LIV. 100 - FLS. 082 - CARTORIO 2ª CAMPINA GRANDE-PB

CPF 012.737.204-07

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 012.737.204-07

Nome MICHELEN HÉLIA ARAUJO LIMA

Nascimento 13/05/1984

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Código de controle B2E9.E7DD.769E.897B

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

Em 11:43:34 do dia 24/01/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

19 MAR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208374 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIOVANNI RAMOS DA SILVA **Data do acidente:** 27/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.
PAG 10,11,12,13

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190208374 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GIOVANNI RAMOS DA SILVA **Data do acidente:** 27/10/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.
PAG 10,11,12,13

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Giovanni Ramos da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** Solteiro
PROFISSÃO: Comerciante **Nº DO RG:** 415.4844
ORGÃO EMISSOR: SSDS-PB **DATA DE EMISSÃO:** 24/01/2019
Nº CPF: 704.746.654-11 **ENDEREÇO:** Rua: Berna, n. 70
Cuites, Campina Grande - PB

OUTORGADO: Michelen Kélio Araújo Lima
NACIONALIDADE: Brasileira **ESTADO CIVIL:** Divorciada
PROFISSÃO: Advogada **Nº DO RG:** 2.567.918
ORGÃO EMISSOR: SSDS-PB **DATA DE EMISSÃO:** 05/10/2015
Nº CPF: 012.737.214-07 **ENDEREÇO:** Rua: Presidente
Opitácio Pessoa n. 115 apt 101, Centro,
Campina Grande - PB.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Giovanni Ramos da Silva, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Campina Grande - PB, 18 de Março de 2019.



X Giovanni Ramos da Silva
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093122/19

Vítima: GIOVANNI RAMOS DA SILVA

CPF: 704.746.654-10

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 27/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GIOVANNI RAMOS 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

MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA : 012.737.204-07

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

GIOVANNI RAMOS DA SILVA : 704.746.654-10

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: MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA
CPF: 012.737.204-07

MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08303897420198150001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GIOVANNI RAMOS 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:

DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexos de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO LAUDO PERICIAL

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

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com

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



o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

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

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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 9 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 13:58:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111113581837400000034874430>
Número do documento: 20111113581837400000034874430