



Número: **0807483-70.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/02/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RUBIO ALVES DA SILVA (AUTOR)	FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38938 165	01/02/2021 11:50	Petição	Petição
38938 167	01/02/2021 11:50	2701642_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02	Outros Documentos
38938 169	01/02/2021 11:50	2701642_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:18
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102011150189230000037120464>
Número do documento: 2102011150189230000037120464

Num. 38938165 - Pág. 1



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, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190314992 **Vítima: RUBIO ALVES DA SILVA**

Data do Acidente: 10/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RUBIO ALVES 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, contados 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 14287715

Pag. 00847/00848 - carta_01 - INVALIDEZ



00030424



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111501937300000037120466>
Número do documento: 21020111501937300000037120466

Num. 38938167 - Pág. 1



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, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190314992 **Vítima: RUBIO ALVES DA SILVA**

Data do Acidente: 10/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), RUBIO ALVES DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

00020613

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190314992 **Vítima: RUBIO ALVES DA SILVA**

Data do Acidente: 10/02/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RUBIO ALVES 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: RUBIO ALVES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001010

Conta: 0000036765-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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



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: **0155988/19** CPF da vítima: **055.240.494-29** Nome completo da vítima: **HUBSIO ALVES DA SILVA**

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

Nome completo: **HUBSIO ALVES DA SILVA** CPF: **055.240.494-29**
 Profissão: **OP. DE ESTOQUEIRA** Endereço: **RUA SÉVERINA RUIZIA BORGES** Número: **05** Complemento: **-**
 Bairro: **JOSÉ AMÉLICO** Cidade: **JOÃO PESSOA** Estado: **PB** CEP: **58.074-742**
 E-mail: **10316-dpvat@brasilmail.com** Tel (DDD): **(83) 99811-5088**

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1010** CONTA: **36 965 5**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data, **João Pessoa 28-05-2019**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: **28 MAI 2019**
 CPF: _____

Assinatura: _____



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
0155998/19	055.940.494-99	Rulio Alves da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP/Nº485/2012			
Nome completo:		CPF:	
Rulio Alves da Silva		055.940.494-99	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Operador de Bitola	Rua Seráima Maria Bonifácia	65	
Bairro:	Cidade:	CEP:	
Joé Américo	Jagó Fazenda	58049-1792	
E-mail:	Tel.(DDD): (83)99811-5088		
E-mail: rulio.alves1991@gmail.com			

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3396

0

CONTA: 31.311

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §10, 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 nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: 09/05/2019
Nome: Rulio Alves da Silva
CPF: 055.940.494-99

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

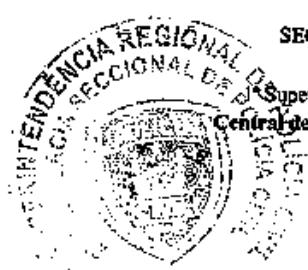
Assinatura do Procurador (se houver)

(*). A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléncia do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 04667.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 04667.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:47 horas do dia 02 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Rubio Alves da Silva**, CPF nº 055.240.494-29, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Operador de Bitoneira, filho(a) de Margarida Alves de Oliveira e Antonio Alves da Silva, natural de Catarina/CE, nascido(a) em 01/08/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua. Severina Maria Barbosa, Nº 65, bairro José Américo, tendo como ponto de referência Próximo Ao Cemitério Parque das Acasias, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98873-982.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Antes da Lombada Eletrônica do Cuiá, João Pessoa/PB, bairro Cuiá; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/02/19 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

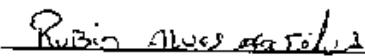
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 10/02/2019, POR VOLTA DAS 06:30 HORAS, ESTAVA TRAFEGANDO NA MOTO DE MARCA-YAMAHA/YBR150 FACTOR ED, COR-PRETA, ANO-2017/2018, PLACA-0FG6861/PB, CHASSI-9C6RG3140J0009647, O CRLV DA REFERIDA MOTO, SE ENCONTRA EM NOME DE SÍLVIO BARBOSA DE MELO, QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEÍCULO, VINDO AO CAIR AO SOLO, QUE FOI ATENDIDO NO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, SENDO CIRURGIADO NO DIA 12/02/2019, TENDO ALTA HOSPITAL NO DIA 12/02/2019, COM CID 10 S 22.4 + S 42.0, TENDO ALTA HOSPITAL NO DIA 13/02/2019, PELO MÉDICO EWERTON NORONHA TEIXEIRA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepto a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 02 de maio de 2019.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


RUBIO ALVES DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 04667.01.2019.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111501937300000037120466>
Número do documento: 21020111501937300000037120466

Num. 38938167 - Pág. 6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
0155998/19	055.940.494-99	Rulio Alves da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP/Nº485/2012			
Nome completo:		CPF:	
Rulio Alves da Silva		055.940.494-99	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Operador de Bitola	Rua Seráima Maria Bonifácia	65	
Bairro:	Cidade:	CEP:	
Joé Américo	Jagó Fazenda	58049-1792	
E-mail:	Tel.(DDD): (83)99811-5088		
suelo.1991@gmail.com			

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:

CONTA:

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 3396

0

CONTA: 31.311

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 IMI - 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §10, 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 nome completo:

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: 09/05/2019
Nome: Rulio Alves da Silva
CPF: 055.940.494-99

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*). A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléncia do ínterio teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual da Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNEB: 123312 - Tel.: 8332168700

Boletim de Atendimento: 1142137



Identificação do paciente

ID 1374874	Nome RUBIO ALVES DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/08/1982	Idade 35 anos 5 meses 9 dias	Estado civil	Religião	Promotoria
Mãe MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA	Pai ANTONIO ALVES DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANTONIA ROBERVANIA - IRMAO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988624946	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2697375	NFCne		
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO		Tipo BAIRRO	UF PB	
Email	Naturais da JOAO PESSOA	CBOR		
Endereço				
CEP 68074742	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Endereço SEVERINA MARIA BARBOSA	
Número 65	Complemento		Bairro JOSE AMÉRICO DE ALMEIDA	
Admissão				
Data e Hora 10/02/2018 08:00:14	Número da placa 1000007239259	Comunidade SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Cópica			
Classificação de risco		Origem do paciente RUA		
Condutor do atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saída Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		

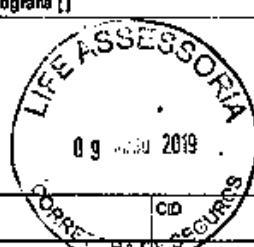
Sinais Vitais

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

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

Aferido por
PATRÍCIA BUZELIA RODRIGUES MARCAL

Assinatura



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: 04/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RUBIO ALVES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000036765-5

Nr. da Autenticação F54D6CC5FE56695F



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111501937300000037120466>
Número do documento: 21020111501937300000037120466

Num. 38938167 - Pág. 9

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segundavaria da conta.
Notas para liberação pagamento da nota fiscal/boleto da energia elétrica.: N° 023.349.938



ENERGISA PARÁ S/A - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 350, Km 20 - Distrito Redimbo - Álvaro de Carvalho / PB - CEP 58071-000
CNPJ 95.093.161/0001-43 - Inscrição 11.018.822-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
RUBIO ALVES DA SILVA RUA SANTOS MARIA, 200 NOVO PARÁ		571887985-8		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2019	12/04/2019	103	22/04/2019	R\$ 91,52
Acesse: www.energisa.com.br				
Clique aqui		RUBIO ALVES DA SILVA Rolêiro: 08-805-400-3280 53030000000-91520149000-9-18879852019-8-04800005019-4		
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA		
22/04/2019	R\$ 91,52	58074-748		

(83)99811-5088.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111501937300000037120466>

Número do documento: 21020111501937300000037120466

Num. 38938167 - Pág. 10

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento tem valor legal.

Documento não é segundário da conta.

Boleto para simples pagamento da conta de energia elétrica - N° 024.012.388



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br. 336, Km 29 - Crato Redutor - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 00.000.000/0001-40 - Fone/Fax: (83) 3230-2330

DADOS DO CLIENTE

TIPO DE CONTA: INDIVIDUAL
TITULAR: FRANCISCO FERREIRA SOARES COSTA
TIPO PESSOA: JUNIOR

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5410823144

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

25/04/2019

CONSUMO

172

VENCIMENTO

03/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 1.58,77

Acesse: www.energisa.com.br



DESPACHA AQUI

DANILIO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Referência: 10-978-213-180

830300000013347701480001110923142019-2-044000000010-2

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MATRÍCULA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111501937300000037120466>

Número do documento: 21020111501937300000037120466

Num. 38938167 - Pág. 11



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

²Conselho 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 Domílio de Araujo Alves Neto inscrito (a) no CPF 025.362.169-38, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rublio Alves da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.340.494-09 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Rublio Alves da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.340.494-09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

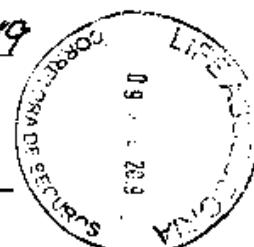
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Número	Complemento	
<u>Rua Tomás Leocádio Ribeiro Lautimero</u>	<u>201</u>	<u>SL 208</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Bessa</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58036-400</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>Notar.Dpvat@gmail.com</u>	<u>(83) 99811-5088</u>	<u>(83) 99811-5088</u>	

João Pessoa 09 de maio de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

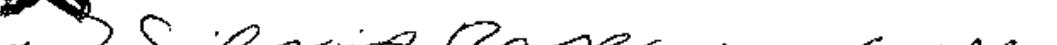


DLORL001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

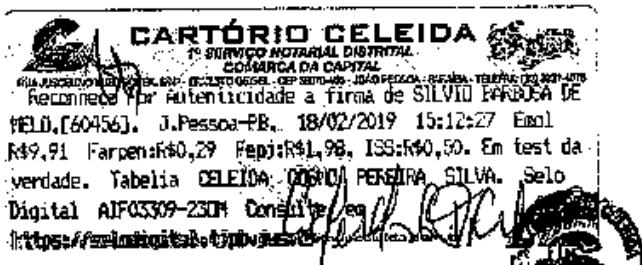
Eu, Silvio Batista de Melo,
RG nº 3.119.195, data de expedição 20/01/2009.
Órgão TSPB, portador do CPF nº 099.600.384-07 com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Senhora Maria Batista, nº 65,
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Suelio Almeida da Silva, cujo o condutor era
Suelio Almeida da Silva.

Veículo: Carro motorizado (Não Aplicável).
Modelo: YAMARA 1.4 8V 150 TACTIC ED
Ano: 2017/2018
Placa: OFG-6861/PB
Chassi: 9E6AQG3340J0009644
Data do Acidente: 10/09/2019
Local e Data: João Pessoa, 02/05/2019


Silvio Batista de Melo

Assinatura do Declarante

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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	RUBIO ALVES DA SILVA
DADOS DE NASCIMENTO	01/08/82
NOME DA MÃE	MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.142.137
Nº PRONTUÁRIO	113.957
DATA DO ATENDIMENTO	10/02/19
HORA DO ATENDIMENTO	08:00
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURAS MÁLTIPLAS DE COSTELAS + FRATURA DA CLAVÍCULA E
CID 10	S 22.4 + S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, há cerca de 6 hs, apresentando dor em região do membro superior E + abaulamento próximo clavícula E, além de dor ventilatório dependente. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

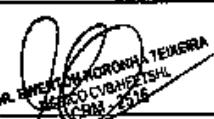
TC do tórax
RX do tórax - AP
RX do ombro E - AP e Oblíquo



TRATAMENTO:

Pequeno hemotórax E + fraturas de costelas + fratura da clavícula E à TC e RX. Realizado internamento e tratamento pelo Dr. João Henrique e equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR:	13/02/19
DATA DA EMISSÃO:	26/04/19


Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

CLÍNICA
ESTADUAL

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSIL

Nome: RUBIO ALVES DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1142137
Idade: 25 SEXO: MASC FEM COR: DATA: 12/2/2019
Clínica/Setor: ORTOPEDIA EMP: LR:
Cirurgia: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REFRAUTURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
Cirurgião: DR JOÃO HENRIQUE 1º ASS: MR1 DANIEL
2º ASS: 3º ASS:
Instrumentador: ANESTESISTA:
Tipo de Anestesia: GERAL HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

REFRAUTURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA	

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REFRAUTURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

Descrição:

BÓPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA:

12/2/2019

Daniel Gonçalves Amuda
Médico
CRM-1154





Identificação do paciente

ID 1374874	Nome RUBIO ALVES DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 01/08/1982	Idade 36 anos 6 meses 9 dias	Estado civil	Religião	Protestante
Mãe MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA	Pai ANTONIO ALVES DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANTONIA ROBERVANIA - IRMÃ(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988624945	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2597375			
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Nº Cns			
Email	Tipo BAIRRO			
	UF PB			
	CBO			

Endereço

CEP 56074742	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Loteador SEVERINA MARIA BARBOSA
Número 65	Complemento		Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA

Admissão

Data e Hora 10/02/2019 08:00:14	Número da pulseira 1000007239259	Convênio SUS
------------------------------------	-------------------------------------	-----------------

Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica
Classificação de risco	Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	P脉	Temperatura	

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos



Diagnóstico	Tempo 01min 39seg
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL	

Imprimir

10/02/2019 08:58

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454564

Paciente RUBIO ALVES DA SILVA	BAE 1142137	Data/Hora Entrada 10/02/2019 08:00:14	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1982	Idade 36a 6m 9d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986624945
Mae MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA		Prontuário	
Endereço SEVERINA MARIA BARBOSA, 65		Bairro JOSE AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOAO PESSOA
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional IGOR QUEIROZ CAVALCANTE	UF PB Nº Cons. Regional 7733/
Data/Hora Classificação 10/02/2019 08:00:14		Data/Hora Prescrição 10/02/2019 11:38:09	
Anamnese PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA NO OMBRO E HÁ HORAS. 1. COM FRATURA DE CLAVICULA E CD: INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO.			
DIETA DIETA LIVRE, VIA ORAL			
MEDICAÇÃO DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 500,0 MG VIA ORAL, 6/6H OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H			
CUIDADOS SSVV + CCGG			
Conduta Internar Paciente			



RUBIO ALVES DA SILVA

 IGOR QUEIROZ CAVALCANTE
 (CRM: 7733/1)


Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 10/02/2019 08:01:53


 Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111501937300000037120466>
 Número do documento: 21020111501937300000037120466

Num. 38938167 - Pág. 17



AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente RUBIO ALVES DA SILVA	BAE 1142137	Data/Hora Entrada 10/02/2019 08:00:14	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1982	Idade : 36a 8m 8d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986624945
Mãe MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA			Prontuário
Endereço SEVERINA MARIA BARBOSA, 65	Bairro JOSE AMÉRICO DE ALMEIDA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEBRA / OUTROS	Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MOURIBRE ARRUDA FELINTO	Nº Cons. Regional 7522/PB
Data/Hora Classificação 10/02/2019 08:00:14	Data/Hora Prescrição 10/02/2019 10:44:18		

Anamnese

#Orthopaediat#

>> Paciente vítima de acidente motociclistico apresentando dor em ombro esquerdo
>> Ao exame dor local e edema
>> Radiografia evidenciando fratura de 1/3 medio da clavícula esquerda

CD: imobilização 8 Radiografia de controle

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

Conduita

Em observação

PUBLIC AUTHORITIES

Mouribe Arriuda Felinto
TEN MED - 401522307551143
2015-07-23 07:29:11
MOURIBE ARRUDA FELINTO
(CRM-2512081)



Boletim registrado por FÁTIMA EUSÉBIA RODRIGUES MARQUES

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3125336/



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:19

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:19
http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView_seam?_id=212010111501937300000037120466

Número do documento: 21020111501937300000037120466

Num. 38028167 Pág. 18


AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Saída
RUBIO ALVES DA SILVA	1142137	10/02/2019 08:00:14	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
01/08/1982	36a Bm 8d	Masculino	(83) 986624945
Mae			Prontuário
MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA			
Endereço	Bairro	Município	UF
SEVERINA MARIA BARBOSA, 65	JOSE AMÉRICO DE ALMEIDA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	JOSE EURIDES LIBERALINO	5252/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
10/02/2019 08:00:14		10/02/2019 10:33:03	

Anamnese
#CIRURGIA TORÁCICA#

Siente vítima de acidente de moto.
 RX e TC de tórax 010/02/19: Apresentando fraturas de costelas e clavícula, pequeno hemotórax.

CD:

- Analgesia.
- Observação.
- Avaliação pela Ortopedia.

CID10

Código	Descrição
S22.4	Fraturas múltiplas de costelas
S27.1	Hemotórax traumático

Conduta

Em observação

 Dr. José EURIDES Liberalino
 Cirurgia Torácica
 CRM-PB 5252

RUBIO ALVES DA SILVA

 JOSE EURIDES LIBERALINO
 (5252/PB)


Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARGAL em 10/02/2019 08:01:53



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111501937300000037120466>

Número do documento: 21020111501937300000037120466

Num. 38938167 - Pág. 19


AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
RUBIO ALVES DA SILVA	1142137	10/02/2019 08:00:14	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato
01/08/1982	36a 6m 9d		(83) 986624945
Mae			
MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA			
Enderéco	Bairro	Município	UF
SEVERINA MARIA BARBOSA, 65	JOSE AMÉRICO DE ALMEIDA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	CARLOS MAGALHAES FRANCA	3792/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
10/02/2019 08:00:14		10/02/2019 09:50:44	
Anamnese			
#CIRURGIA GERAL#			
PACIENTE VITIMA DE TRAUMA TORACICO A ESQUERDA. A RADIOGRAFIA É POSSIVEL OBSERVAR FRATURAS DE COSTELAS. AO EXAME FISICO, NAO É PALPADA CREPTACOES.			
CD: SOLITICO TC DE TORAX			
EXAME DE IMAGEM			
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX			
Conduta			
Em observação			

RUBIO ALVES DA SILVA

CARLOS MAGALHAES FRANCA
(: 3792/PB)

*Alice Franco Bontas
CIRURGIA VASCULAR
CRM PB 9619
CRM EME 25.372*


Boletim registrado por: FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL em 10/02/2019 08:01:53


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:19
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111501937300000037120466
Número do documento: 21020111501937300000037120466

Num. 38938167 - Pág. 20



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Beira
RUBIO ALVES DA SILVA	1142137	10/02/2019 08:00:14	
Data de nascimento	Idade	CNS	Telefone de Contato (83) 988624945
01/08/1982	36a 8m Id.		Prontuário
Mae			UF PB
MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA			Município JOÃO PESSOA
Endereço	Barrio	Município	NP Coris. Regional
SEVERINA MARIA BARBOSA, 85	JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	JOÃO PESSOA	3792/PB
Acidente	Motivo	Profissional	
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	CARLOS MAGALHÃES FRANCA	
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
10/02/2019 08:00:14		10/02/2019 08:19:48	

Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA MAIS OU MENOS 6H. ESTAVA EM USO DE CAPACETE E NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS. INFORMA DOR EM REGIAO DE MSE, APRESENTANDO ABAULAMENTO PROXIMO DE CLAVICULA, ALEM DE DOR VENTILATORIO DEPENDENTE.

AO EXAME: EGR, LOTE, AAA, EUPNEICO

ABDOMEN: FLACIDO, DEPRESSIVEL, INDOLAR A PALPACAO

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES.

CD: SOLICITOU RX DE TORAX E MSE
AVALIACAO ORTOPEDIA

MEDICACAO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V. AGORA, 0,0 (MGTSIM)

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V. AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

RUBIO ALVES DA SILVA

Carluo Magalhães Franca

Alice Franca Dantas
CHURGIA VASCULAR
COM DEPARTAMENTO
CARLOS MAGALHÃES FRANCA



Documento registrado por FÁTIMA SUZELA RODRIGUES MARÇAL em 10/02/2019 08:01:53



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:19

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111501937300000037120466

Número do documento: 21020111501937300000037120466

Num. 38938167 - Pág. 21

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE FOLHA		SUS	
IDENTIFICAÇÃO DO PÁGINA		Nome da Município de São Paulo	
1- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		2- CNES	
3- NOME DO ESTABELECIMENTO SELETORATE		4- CNES	
5- DATA DE NASCIMENTO		6- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	
7- ENDERECO (RUA, N.º, EARRA)		8- NOME DA MÍDIA DE RESPONSÁVEL	
9- NOME DO PRINCIPAL		10- NOME DO PRINCIPAL	
11- CÓDIGO DE PRINCIPAL		12- CÓDIGO DE PRINCIPAL	
13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14- CÓDIGO MUNICÍPIO	
15- CÓDIGO PRINCIPAL		16- CÓDIGO PRINCIPAL	
17- MUNICÍPIO DE INTERNAÇÃO		18- MUNICÍPIO DE MUDANÇA	
19- CÓDIGO PRINCIPAL		20- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	
21- CÓDIGO PRINCIPAL		22- DESCRIÇÃO PRINCIPAL	
23- CÓDIGO PRINCIPAL		24- CÓDIGO PRINCIPAL	
25- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		26- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
27- CÓDIGO PRINCIPAL		28- SUCITACAO DE DIÁRIA DE UTÍPICO	
29- CÓDIGO PRINCIPAL		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTÍPICO I	
30- CÓDIGO PRINCIPAL		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTÍPICO II	
31- CÓDIGO PRINCIPAL		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTÍPICO III	
32- SUCITACAO DE DIÁRIA DE ACCOMPANHANTE		<input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACCOMPANHANTE	
33- CÓDIGO PRINCIPAL		34- CÓDIGO PRINCIPAL	
35- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
37- CÓDIGO PRINCIPAL		38- JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			
17- NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
18- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			
19- CNES			
20- NOME DO ESTABELECIMENTO SELETORATE			
21- CNES			
22- NOME DA MÍDIA DE RESPONSÁVEL			
23- CNES			
24- NOME DO PRINCIPAL			
25- NOME DO PRINCIPAL			
26- NOME DO PRINCIPAL			
27- NOME DO PRINCIPAL			
28- NOME DO PRINCIPAL			
29- NOME DO PRINCIPAL			
30- NOME DO PRINCIPAL			
31- CÓDIGO PRINCIPAL			
32- CÓDIGO PRINCIPAL			
33- CÓDIGO PRINCIPAL			
34- CÓDIGO PRINCIPAL			
35- CÓDIGO PRINCIPAL			
36- CÓDIGO PRINCIPAL			
37- CÓDIGO PRINCIPAL			
38- JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO			
39- NOME DO PRINCIPAL			
40- NOME DO PRINCIPAL			
41- NOME DO PRINCIPAL			
42- NOME DO PRINCIPAL			
43- NOME DO PRINCIPAL			
44- NOME DO PRINCIPAL			
45- CÓDIGO PRINCIPAL			
46- NOME DO PRINCIPAL			
47- DOCUMENTO			
48- NOME DO PRINCIPAL			
49- NOME DO PRINCIPAL			
50- NOME DO PRINCIPAL			
51- NOME DO PRINCIPAL			
52- NOME DO PRINCIPAL			
53- NOME DO PRINCIPAL			
54- NOME DO PRINCIPAL			
55- NOME DO PRINCIPAL			
56- NOME DO PRINCIPAL			
57- NOME DO PRINCIPAL			
58- NOME DO PRINCIPAL			
59- NOME DO PRINCIPAL			
60- NOME DO PRINCIPAL			
61- NOME DO PRINCIPAL			
62- NOME DO PRINCIPAL			
63- NOME DO PRINCIPAL			
64- NOME DO PRINCIPAL			
65- NOME DO PRINCIPAL			
66- NOME DO PRINCIPAL			
67- NOME DO PRINCIPAL			
68- NOME DO PRINCIPAL			
69- NOME DO PRINCIPAL			
70- NOME DO PRINCIPAL			
71- NOME DO PRINCIPAL			
72- NOME DO PRINCIPAL			
73- NOME DO PRINCIPAL			
74- NOME DO PRINCIPAL			
75- NOME DO PRINCIPAL			
76- NOME DO PRINCIPAL			
77- NOME DO PRINCIPAL			
78- NOME DO PRINCIPAL			
79- NOME DO PRINCIPAL			
80- NOME DO PRINCIPAL			
81- NOME DO PRINCIPAL			
82- NOME DO PRINCIPAL			
83- NOME DO PRINCIPAL			
84- NOME DO PRINCIPAL			
85- NOME DO PRINCIPAL			
86- NOME DO PRINCIPAL			
87- NOME DO PRINCIPAL			
88- NOME DO PRINCIPAL			
89- NOME DO PRINCIPAL			
90- NOME DO PRINCIPAL			
91- NOME DO PRINCIPAL			
92- NOME DO PRINCIPAL			
93- NOME DO PRINCIPAL			
94- NOME DO PRINCIPAL			
95- NOME DO PRINCIPAL			
96- NOME DO PRINCIPAL			
97- NOME DO PRINCIPAL			
98- NOME DO PRINCIPAL			
99- NOME DO PRINCIPAL			
100- NOME DO PRINCIPAL			
101- NOME DO PRINCIPAL			
102- NOME DO PRINCIPAL			
103- NOME DO PRINCIPAL			
104- NOME DO PRINCIPAL			
105- NOME DO PRINCIPAL			
106- NOME DO PRINCIPAL			
107- NOME DO PRINCIPAL			
108- NOME DO PRINCIPAL			
109- NOME DO PRINCIPAL			
110- NOME DO PRINCIPAL			
111- NOME DO PRINCIPAL			
112- NOME DO PRINCIPAL			
113- NOME DO PRINCIPAL			
114- NOME DO PRINCIPAL			
115- NOME DO PRINCIPAL			
116- NOME DO PRINCIPAL			
117- NOME DO PRINCIPAL			
118- NOME DO PRINCIPAL			
119- NOME DO PRINCIPAL			
120- NOME DO PRINCIPAL			
121- NOME DO PRINCIPAL			
122- NOME DO PRINCIPAL			
123- NOME DO PRINCIPAL			
124- NOME DO PRINCIPAL			
125- NOME DO PRINCIPAL			
126- NOME DO PRINCIPAL			
127- NOME DO PRINCIPAL			
128- NOME DO PRINCIPAL			
129- NOME DO PRINCIPAL			
130- NOME DO PRINCIPAL			
131- NOME DO PRINCIPAL			
132- NOME DO PRINCIPAL			
133- NOME DO PRINCIPAL			
134- NOME DO PRINCIPAL			
135- NOME DO PRINCIPAL			
136- NOME DO PRINCIPAL			
137- NOME DO PRINCIPAL			
138- NOME DO PRINCIPAL			
139- NOME DO PRINCIPAL			
140- NOME DO PRINCIPAL			
141- NOME DO PRINCIPAL			
142- NOME DO PRINCIPAL			
143- NOME DO PRINCIPAL			
144- NOME DO PRINCIPAL			
145- NOME DO PRINCIPAL			
146- NOME DO PRINCIPAL			
147- NOME DO PRINCIPAL			
148- NOME DO PRINCIPAL			
149- NOME DO PRINCIPAL			
150- NOME DO PRINCIPAL			
151- NOME DO PRINCIPAL			
152- NOME DO PRINCIPAL			
153- NOME DO PRINCIPAL			
154- NOME DO PRINCIPAL			
155- NOME DO PRINCIPAL			
156- NOME DO PRINCIPAL			
157- NOME DO PRINCIPAL			
158- NOME DO PRINCIPAL			
159- NOME DO PRINCIPAL			
160- NOME DO PRINCIPAL			
161- NOME DO PRINCIPAL			
162- NOME DO PRINCIPAL			
163- NOME DO PRINCIPAL			
164- NOME DO PRINCIPAL			
165- NOME DO PRINCIPAL			
166- NOME DO PRINCIPAL			
167- NOME DO PRINCIPAL			
168- NOME DO PRINCIPAL			
169- NOME DO PRINCIPAL			
170- NOME DO PRINCIPAL			
171- NOME DO PRINCIPAL			
172- NOME DO PRINCIPAL			
173- NOME DO PRINCIPAL			
174- NOME DO PRINCIPAL			
175- NOME DO PRINCIPAL			
176- NOME DO PRINCIPAL			
177- NOME DO PRINCIPAL			
178- NOME DO PRINCIPAL			
179- NOME DO PRINCIPAL			
180- NOME DO PRINCIPAL			
181- NOME DO PRINCIPAL			
182- NOME DO PRINCIPAL			
183- NOME DO PRINCIPAL			
184- NOME DO PRINCIPAL			
185- NOME DO PRINCIPAL			
186- NOME DO PRINCIPAL			
187- NOME DO PRINCIPAL			
188- NOME DO PRINCIPAL			
189- NOME DO PRINCIPAL			
190- NOME DO PRINCIPAL			
191- NOME DO PRINCIPAL			
192- NOME DO PRINCIPAL			
193- NOME DO PRINCIPAL			
194- NOME DO PRINCIPAL			
195- NOME DO PRINCIPAL			
196- NOME DO PRINCIPAL			
197- NOME DO PRINCIPAL			
198- NOME DO PRINCIPAL			
199- NOME DO PRINCIPAL			
200- NOME DO PRINCIPAL			
201- NOME DO PRINCIPAL			
202- NOME DO PRINCIPAL			
203- NOME DO PRINCIPAL			
204- NOME DO PRINCIPAL			
205- NOME DO PRINCIPAL			
206- NOME DO PRINCIPAL			
207- NOME DO PRINCIPAL			
208- NOME DO PRINCIPAL			
209- NOME DO PRINCIPAL			
210- NOME DO PRINCIPAL			
211- NOME DO PRINCIPAL			
212- NOME DO PRINCIPAL			
213- NOME DO PRINCIPAL			
214- NOME DO PRINCIPAL			
215- NOME DO PRINCIPAL			
216- NOME DO PRINCIPAL			
217- NOME DO PRINCIPAL			
218- NOME DO PRINCIPAL			
219- NOME DO PRINCIPAL			
220- NOME DO PRINCIPAL			
221- NOME DO PRINCIPAL			
222- NOME DO PRINCIPAL			
223- NOME DO PRINCIPAL			
224- NOME DO PRINCIPAL			
225- NOME DO PRINCIPAL			
226- NOME DO PRINCIPAL			
227- NOME DO PRINCIPAL			
228- NOME DO PRINCIPAL			
229- NOME DO PRINCIPAL			
230- NOME DO PRINCIPAL			
231- NOME DO PRINCIPAL			
232- NOME DO PRINCIPAL			
233- NOME DO PRINCIPAL			
234- NOME DO PRINCIPAL			
235- NOME DO PRINCIPAL			
236- NOME DO PRINCIPAL			
237- NOME DO PRINCIPAL			
238- NOME DO PRINCIPAL			
239- NOME DO PRINCIPAL			
240- NOME DO PRINCIPAL			
241- NOME DO PRINCIPAL			
242- NOME DO PRINCIPAL			
243- NOME DO PRINCIPAL			
244- NOME DO PRINCIPAL			
245- NOME DO PRINCIPAL			
246- NOME DO PRINCIPAL			
247- NOME DO PRINCIPAL			
248- NOME DO PRINCIPAL			
249- NOME DO PRINCIPAL			
250- NOME DO PRINCIPAL			
251- NOME DO PRINCIPAL			
252- NOME DO PRINCIPAL			
253- NOME DO PRINCIPAL			
254- NOME DO PRINCIPAL			
255- NOME DO PRINCIPAL			
256- NOME DO PRINCIPAL			
257- NOME DO PRINCIPAL			
258- NOME DO PRINCIPAL			
259- NOME DO PRINCIPAL			
260- NOME DO PRINCIPAL			
261- NOME DO PRINCIPAL			
262- NOME DO PRINCIPAL			
263- NOME DO PRINCIPAL			
264- NOME DO PRINCIPAL			
265- NOME DO PRINCIPAL			
266- NOME DO PRINCIPAL			
267- NOME DO PRINCIPAL			
268- NOME DO PRINCIPAL			
269- NOME DO PRINCIPAL			
270- NOME DO PRINCIPAL			
271- NOME DO PRINCIPAL			
272- NOME DO PRINCIPAL			
273- NOME DO PRINCIPAL			
274- NOME DO PRINCIPAL			
275- NOME DO PRINCIPAL			
276- NOME DO PRINCIPAL			
277- NOME DO PRINCIPAL			
278- NOME DO PRINCIPAL			
279- NOME DO PRINCIPAL			
280- NOME DO PRINCIPAL			
281- NOME DO PRINCIPAL			
282- NOME DO PRINCIPAL			
283- NOME DO PRINCIPAL			
284- NOME DO PRINCIPAL			
285- NOME DO PRINCIPAL			
286- NOME DO PRINCIPAL			
287- NOME DO PRINCIPAL			
288- NOME DO PRINCIPAL			
289- NOME DO PRINCIPAL			
290- NOME DO PRINCIPAL			
291- NOME DO PRINCIPAL			
292- NOME DO PRINCIPAL			
293- NOME DO PRINCIPAL			
294- NOME DO PRINCIPAL			
295- NOME DO PRINCIPAL			
296- NOME DO PRINCIPAL			
297- NOME DO PRINCIPAL			
298- NOME DO PRINCIPAL			
299- NOME DO PRINCIPAL			
300- NOME DO PRINCIPAL			
301- NOME DO PRINCIPAL			
302- NOME DO PRINCIPAL			
303- NOME DO PRINCIPAL			
304- NOME DO PRINCIPAL			
305- NOME DO PRINCIPAL			
306- NOME DO PRINCIPAL			
307- NOME DO PRINCIPAL			
308- NOME DO PRINCIPAL			
309- NOME DO PRINCIPAL			
310- NOME DO PRINCIPAL			
311- NOME DO PRINCIPAL			
312- NOME DO PRINCIPAL			
313- NOME DO PRINCIPAL			
314- NOME DO PRINCIPAL			
315- NOME DO PRINCIPAL			
316- NOME DO PRINCIPAL			
317- NOME DO PRINCIPAL			
318- NOME DO PRINCIPAL			
319- NOME DO PRINCIPAL			
320- NOME DO PRINCIPAL			
321- NOME DO PRINCIPAL			
322- NOME DO PRINCIPAL			
323- NOME DO PRINCIPAL			
324- NOME DO PRINCIPAL			
325- NOME DO PRINCIPAL			
326- NOME DO PRINCIPAL			
327- NOME DO PRINCIPAL			
328- NOME DO PRINCIPAL			
329- NOME DO PRINCIPAL			
330- NOME DO PRINCIPAL			
331- NOME DO PRINCIPAL			
332- NOME DO PRINCIPAL			
333- NOME DO PRINCIPAL			
334- NOME DO PRINCIPAL			
335- NOME DO PRINCIPAL			
336- NOME DO PRINCIPAL			
337- NOME DO PRINCIPAL			
338- NOME DO PRINCIPAL			
339- NOME DO PRINCIPAL			
340- NOME DO PRINCIPAL			
341- NOME DO PRINCIPAL			
342- NOME DO PRINCIPAL			
343- NOME DO PRINCIPAL			
344- NOME DO PRINCIPAL			
345- NOME DO PRINCIPAL			
346- NOME DO PRINCIPAL			
347- NOME DO PRINCIPAL			
348- NOME DO PRINCIPAL			
349- NOME DO PRINCIPAL			
350- NOME DO PRINCIPAL			
351- NOME DO PRINCIPAL			
352- NOME DO PRINCIPAL			
353- NOME DO PRINCIPAL			
354- NOME DO PRINCIPAL			
355- NOME DO PRINCIPAL			
356- NOME DO PRINCIPAL			
357- NOME DO PRINCIPAL			
			

NOME: RUBIO ALVES DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1142137
 IDADE: SEXO: MASC FEM COR: DATA: 12/2/2019
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REFRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA
 CIRURGIÃO: DR JOAO HENRIQUE 1º ASS: MR1 DANIEL
 2º ASS:
 INSTRUMENTADOR:
 TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
REFRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE REFRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: SIM NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: SIM NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

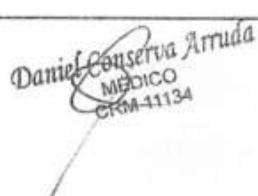
ENFERMARIA
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO



MÉDICO/CRM: DATA: 12/2/2019


 Daniel Conserva Arruda
 MÉDICO
 CRM-11134

Nota de Sala Cirúrgica

NOSSO DO PACIENTE	Rúbia M. de Sá			
IDADE	36	SEXO	MULHER	
ENFERMAGIA	LEITO			
CIRURGIA	Trat. c/o Fratura de clavícula			
CIRURGIO	Dr. José Henrique Zaff			
ANESTESIA	Geral + seda			
ANESTESISTA	Dr. Henrique Zaff			
INSTRUMENTADOR	Zelma			
DATA	10/09/2010	TIPO CIRÚRGICO	ANESTESIA INICIO	
			13:00	
		CIRURGIA INICIO	13:35 15:00	
INDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)				
ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()				
GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPIDA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA				
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIALIS CONT.	QTD.	
ALFENTANILA		IELCO N°16	1	FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAINA ISOBÁRICA		IELCO N°20		FIO CAT GUT CROMADO N°
BUPIVACAINA FESADA		IELCO N°22		FIO DE AÇO N°
ETANODA		IELCO N°24		FIO DE AÇO N°
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA N°		FIO DE NYLON N°
ETODIVADATO		SOLUÇÕES	QTD.	FIO DE NYLON N°
FENOBARBITAL		ALCOOL ETÍLICO 70%		FIO DE NYLON N°
FENTANILA		EVPI DEGERANTE		FIO POLIGLACTINA N°
FILUMAZENE		EVPI TINTURA		FIO POLIGLACTINA N°
ISOFLURANO		EVPI TÓRICO		FIO POLIGLACTINA N°
LEVOBUTIVACAINA C/VASO		SABÃO ANTISÉPTICO		FIO POLIPROPILENO N°
LEVOBUPIVACAINA S/VASO		MATERIAIS	QTD.	FIO POLIPROPILENO N°
LEDOCARINA C/VASO		AGULHA 13X4,5		FIO POLIPROPILENO N°
LEDOCARINA S/VASO		AGULHA 25X07		FIO POLIGLACRONE N°
MIDAZOLAN		AGULHA 25X08		FIO SEDA N°
MORFINA		AGULHA 40X12		FIA CARDIACA
MÍMBRUM		AGULHA PENDURAL N°16		MATERIAL ESPECIAL
PANCERÔMTO		AGULHA PENDURAL N°18		CAUTERÉ DE PIC
PETODIA		AGULHA PENDURAL N°18		EMENTO CIRÚRGICO
PROPOFOC		AGULHA RAQUI N°26G		CLIP TITÂNIO LIGADURA
RAMIFENTANILA		AGULHA RAQUI N°26G		FIO DE KIRSCHNER N°
ROCURONID		AGULHA RAQUI N°27G		FIO DE KIRSCHNER N°
SEVOFLURANO		ALGODÃO ORTOPÉDICO		FIO STERNMAN N°
UXAMETÔMICO		ATADURA DE CREPOM		FIO STERNMAN N°
TIOPENTAL		ATADURA GESSADA		GRANPEADOR CIRÚRGICO
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVÁVEL
ADRENALINA		CÂMULA P/ TRAQUEOSTOMA N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°8
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÉNIO		SONDA ASP. TRAQUEAL N°10
ATROFINA		CATETER EMBOLIC ARTERIAL N°		SONDA ASP. TRAQUEAL N°12
BEXTRA		CATETER EPIDURAL N°16		SONDA ASP. TRAQUEAL N°14
CEFAZOLINA		CATETER EPIDURAL N°17		SONDA FOLEY 2Vias N°12
DEXANETASEONA		CATETER EPIDURAL N°18		SONDA FOLEY 2Vias N°14
DIPRÓXIMA SÓDICA		CERA PARA OSSO		SONDA NASOG. CURTA
EFEDRINA		COLET. URINA FECHADO		SONDA NASOG. LONGA
FUROSEMIDA		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TORNERINHA
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRÚRGICAS		TUBO ENDOTRAQUEAL N°
GLUCONATO DE CALCIO		DRENO DE FENROSE		TUBO ENDOTRAQUEAL N°
HIDROCORTISONA		DRENO DE SUCCÃO		TUBO ENDOTRAQUEAL N°
LEDOCARINA GELÉIA		ELETRODOS		TUBO ENDOTRAQUEAL N°
ONDASENTRONA		EQUIPO MACROGOTAS		TUBO SILICONE CATETER
PLASO		EQUIPO TRANSF. SANGUE		PLACA
PROSTIGMINE		EQUIPO MICROGOTAS		EQUIPAMENTOS
PROTAMINA		ESPONJA DE PVC		QTD. X 1 ASPIRADOR
TENDOCIAN		ESPASADURADO		FIO ESTERIL ELÉTRICO
		GAZES		FIO CATÓDICO
		GAZES ALGODADAS		FIO CATÓDICO
		GELELETRÓTICO		CARDIONÔMOTOR
		IELCO N°14		DESESPERILADORE
		IELCO N°16		FOCO AUXILIAR
				FOCO CENTRAL
				MICROSCOPIO
				OXÍMETRO DE PULSO
				OXÍMETRO INVASIVO
				PERFILADORE ELÉTRICO
				RESPIRADOR

Agulha de 18G 100-01

Plata de reabsorção 35. 10 mm

Prat. cont. 16 01

Prat. cont. 18 04

Prat. cont. 18 09

RELATÓRIO DE CIRURGIA

BRASIL

MEETSHL

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA, SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

ANTIBIÓTICOPROFILAXIA

Incisão:

INCISÃO DIRETA SOBRE FOCO DE FRATURA

HEMOSTASIA CRITERIOSA

Achados:

REFRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA

FRATURA COMINUIDA

Conduta:

DISSECÇÃO + HEMOSTASIA CRITERIOSA

DIVULSAO DA FASCIA DELTO PEITORAL NO SENTIDO TRANSVERSAL

REDUCAO ABERTA + FIXACAO INTERNA COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 10 FUROS

E76 PARAFUSO CORTICAIS

REVISAO DA HEMOSTASIA

LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%

Fechamento:

FECHAMENTO POR PLANOS ANATOMICOS

CURATIVOS ESTEREIS

RX DE CONTROLE

Observação:

TIPOIA

09 MAIO 2019



Médico/CRM:

Daniel Corrêa Arruda
MEDICO
CRM 11134

João Pessoa,

12/2/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111501937300000037120466>
Número do documento: 21020111501937300000037120466

Num. 38938167 - Pág. 27



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. CRESTES LISBOA, 59 - PEDRO GONDIM
CEP: 58036-500 - Tel.: 8332165700

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 11/02/2019 06:36:51

Nome RUBIO ALVES DA SILVA	Setor de Atendimento 1142137	Data/Hora Entrada 10/02/2019 08:00:14	Data/Hora Saída
Data de nascimento 01/08/1982	Idade 36	Sexo Masculino	Prontuário 113857
Tempo da Internação 16h 45min		Convênio SUS	Plantão NOTURNO
Data de Entrada 10/02/2019 08:00:14	Data Internação 10/02/2019 13:51:18	Permanência na Unidade: 22h 38min	Permanência no Leito: 16h 45min

Evolução médica (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 11/02/2019 06:36:38)

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, AGUARDANDO EXAMES PRÉ OP.

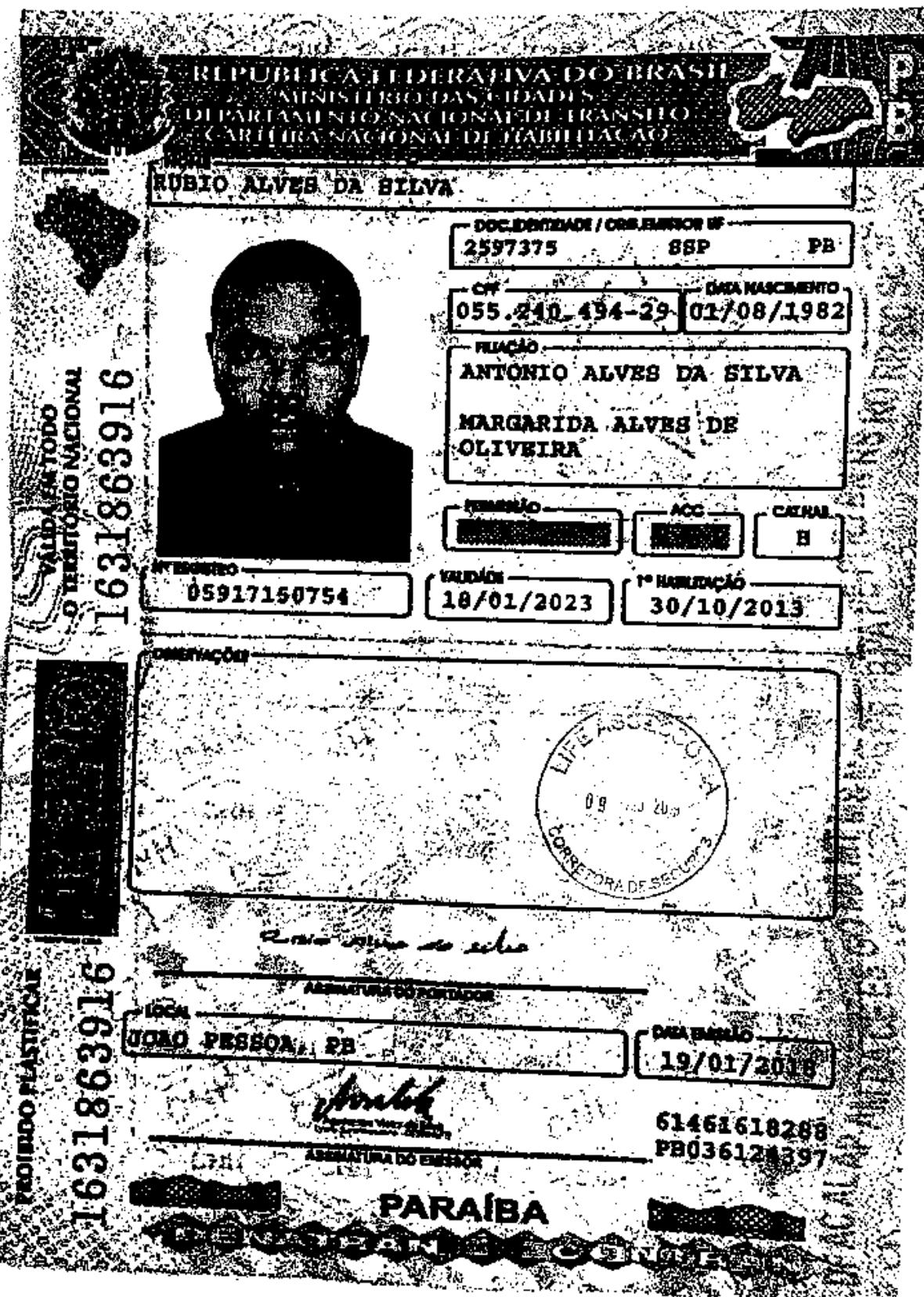
Área: ÁREA VERDE ENF 36 - Leito: 0005
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

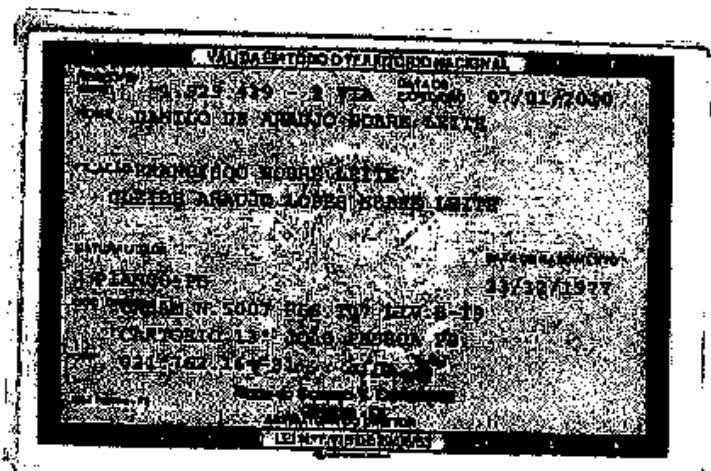
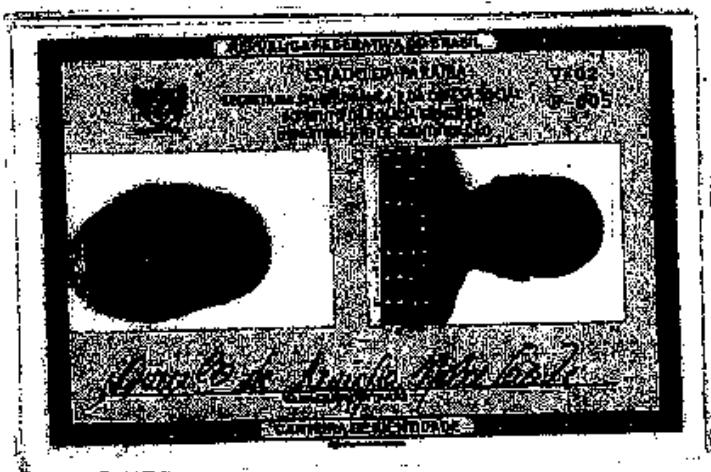
Número Conselho: 4518

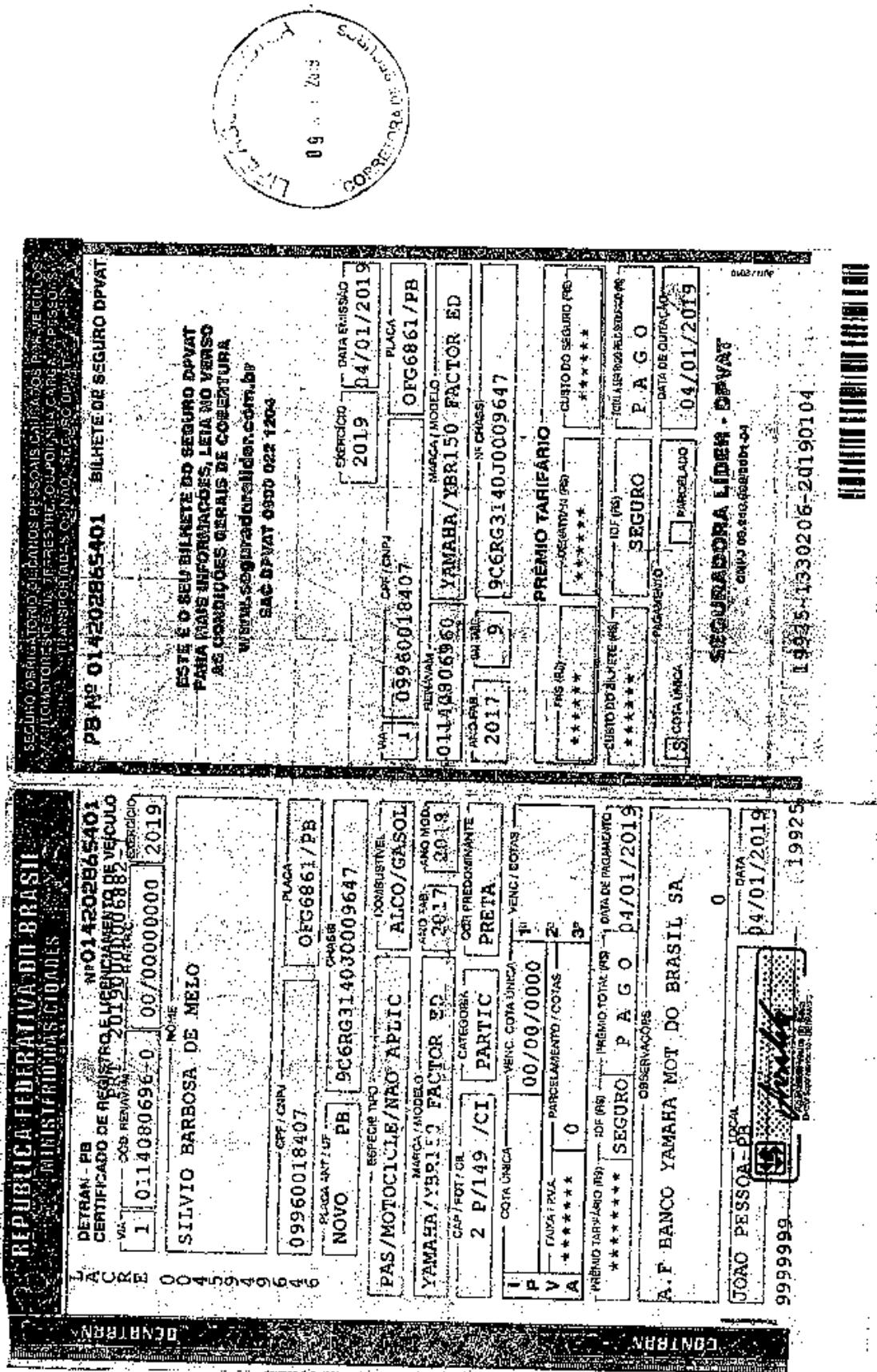


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111501937300000037120466>
 Número do documento: 21020111501937300000037120466

Num. 38938167 - Pág. 28







DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor legal.

Documento não é sujeito de cobrança.

Bolso para simples pagamento da nota fiscalística da energia elétrica N° 024.012.308



EXERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Sd 300, Km 29 - Chata Redonda - João Pessoa/PB - CEP 58011-480
CNPJ 07.078.182/0001-42 - Inf. Cei: 16.01.02750

DADOS DO CLIENTE

DANILIO DE ARAUJO NOBRE LEITE
RUA FRANCISCO LEOGARDO DE FREITAS 201 - BL 204
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/10823141

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

ABR/2019

25/04/2019

172

03/05/2019

R\$ 158,77

Acesse: www.energisa.com.br



DETALHAR AQUI

DANILIO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Registro: 18-008-315-1180
6362000001-3-007/0146000-1/10823142019-2/0440005019-2

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR REFERÊNCIA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111501937300000037120466>

Número do documento: 21020111501937300000037120466

Num. 38938167 - Pág. 32



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rudin Alves da Silva, inscrito (a) no CPF 024.462.429-31, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rudin Alves da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.940.494-09 do sinistro de DPVAT cobertura Acidental, da Vítima Rudin Alves da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.940.494-09, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	Rua Tomás Leocádio Ribeiro Lautímeu	Número	201	Complemento	SL 208		
Bairro	Bessa	Cidade	João Pessoa	Estado	PB	CEP	58036-400
Email	victor.dqvat@gmail.com			Telefone comercial (DDD)	(83) 99811-5088		
				Telefone celular (DDD)	(83) 99811-5088		

Jáno Moreira 02 de maio de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

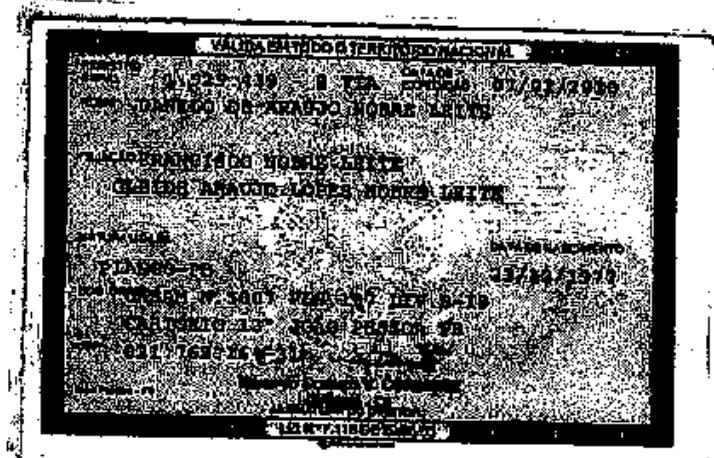
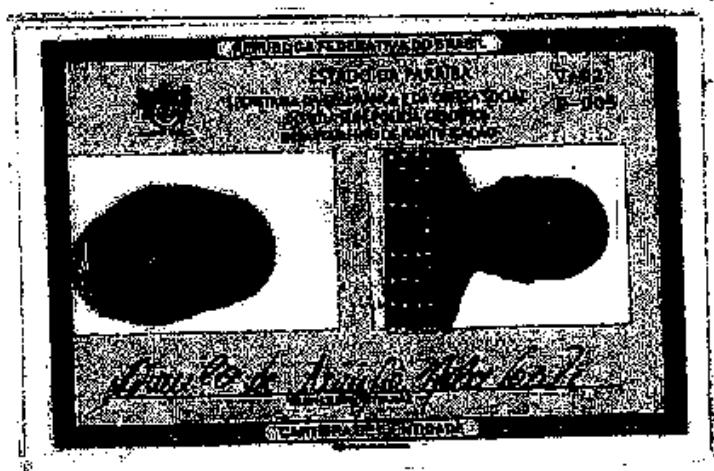


DLDR001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111501937300000037120466>
Número do documento: 21020111501937300000037120466

Num. 38938167 - Pág. 33



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE

Nome: Luizio Alves da Silva
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Op. de Bitomaria
Identidade: 2.591.345 CPF: 055.940.999-99
Endereço: Rua Senhora Maria Brilosa, 65, José Américo, João Pessoa, PB

OUTORGADO

Nome: Danilo de Freitas Nogueira Lute
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Quimico
Identidade: 1.909.439 CPF: 021.169.164-31
Endereço: Rua Francisco Lacerda Lacerda, nº 208, 51208, João Pessoa, PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURO LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, 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, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vitima:

Rubio Alves da Silva

Data do sinistro: 10/02/2019 Natureza: Acidente

JOÃO PESSOA,



OUTORGANTE:



CPF:

OBS: RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE OU VERDADEIRA

RECONHECIDO For Autenticidade à firma de RÉBUTO ALVES DA SILVA, [121914], 3º Pessoas-PB, 02/02/2019 13:09:32. Foi
verdade. Tabelia DELEIA OSIMO PACHECA SILVA. Seu
Digital ALVESDA-PB Consulte em
<https://reconhecimento.tjpb.jus.br>



CARTÓRIO CELEIRA

1º OFÍCIO DISTRITAL

JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190314992 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUBIO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLAVÍCULA (PLACA E PARAFUSOS). P.13
TRATAMENTO CONSERVADOR DE ARCOS COSTAIS.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190314992 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUBIO ALVES DA SILVA **Data do acidente:** 10/02/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO MÉDIO DA CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DA CLAVÍCULA (PLACA E PARAFUSOS). P.13
TRATAMENTO CONSERVADOR DE ARCOS COSTAIS.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OITORGANTE

Nome: Rubio Alves da Silva
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
Profissão: Op. de Bitumen
Identidade: 2.593.395 CPF: 055.940.999-99
Endereço: Rua Senhora Maria Barbosa, 65, José Américo, João Pessoa, PB

OITORGADO

Nome: Samilo de Freitas Valente Lute
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Recluidor
Identidade: 1.909.439 CPF: 091.169.164-31
Endereço: Rua Francisco Lacerda Ribeiro, nº 208, S1208, João Pessoa, PB.

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

Rubio Alves da Silva.

Data do sinistro: 10/02/2019 Natureza: Imobilizado

JOÃO PESSOA,

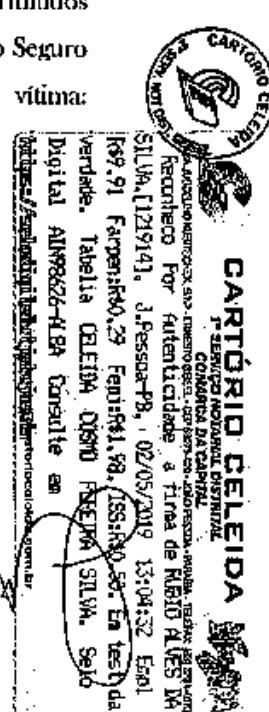


OITORGANTE


1º OFÍCIO DISTRITAL
CPF:

Rubio Alves da Silva
NOME

OBS: RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE OU VERDADEIRA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0155998/19

Vítima: RUBIO ALVES DA SILVA

Data do acidente: 10/02/2019

CPF: 055.240.494-29

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RUBIO ALVES DA SILVA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE : 021.762.164-31

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

RUBIO ALVES DA SILVA : 055.240.494-29

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: 09/05/2019
Nome: DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE
CPF: 021.762.164-31

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111501937300000037120466>
Número do documento: 21020111501937300000037120466

Num. 38938167 - Pág. 39



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08074837020208152001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA 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 **RUBIO ALVES 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:

DO LAUDO PERICIAL

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

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.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 28 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111502003800000037120468>
Número do documento: 21020111502003800000037120468

Num. 38938169 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/02/2021 11:50:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111502003800000037120468>
Número do documento: 21020111502003800000037120468

Num. 38938169 - Pág. 2