



01/02/2021

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
38938165	01/02/2021 11:50	<a href="#">Petição</a>	Petição
38938167	01/02/2021 11:50	<a href="#">2701642_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
38938169	01/02/2021 11:50	<a href="#">2701642_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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 14287775

Pag. 00847/00848 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01225/01226 - carta\_25 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 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](http://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: 015598/19 CPF da vítima: 055.240.494-29 Nome completo da vítima: RUBIO ALVES DA SILVA

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

Nome completo: RUBIO ALVES DA SILVA CPF: 055.240.494-29  
Profissão: DR. DE ODONTOLÓGICA Endereço: RUA ELIZABETH MARIA BARBOSA Número: 65 Complemento: -  
Bairro: JOSÉ AMÉLIO Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58.074-742  
E-mail: RUBIO.DP.VAT@GMAIL.COM Tel (DDD): 83199811-5088

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 1010 CONTA: 367655 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data, João Pessoa 28-05-2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

RUBIO ALVES DA SILVA  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_



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

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

FPS.001 V001/2018





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: <b>0155998/19</b>	CPF da vítima: <b>055.940.494-99</b>	Nome completo da vítima: <b>Suelio Alves da Silva</b>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012		
Nome completo: <b>Suelio Alves da Silva</b>	CPF: <b>055.940.494-99</b>	
Profissão: <b>Operador de Bateria</b>	Endereço: <b>Rua Severina Maria Bonfina</b>	Número: <b>65</b>
Bairro: <b>João Américo</b>	Cidade: <b>João Pessoa</b>	Estado: <b>PB</b>
E-mail: <b>suelio.ppliat@gmail.com</b>	CEP: <b>58044-1742</b>	Tel. (DDD): <b>(83) 99811-5088</b>

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

**DADOS CADASTRAIS**

RECEITA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: <b>Banco do Brasil</b> AGÊNCIA: <b>3396</b> <b>0</b> CONTA: <b>31.311</b> <b>4</b> <small>(Informar o dígito se existir)</small>

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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 09/05/2019**

Nome: **Suelio Alves da Silva**

CPF: **055.940.494-99**

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**SUELIO ALVES DA SILVA**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome:	CPF:
2ª Nome:	CPF:

(\*) 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 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



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



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

**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 Gouvêa 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 Acasia, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98873-982.

**Dados do(s) Fatos:**

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.**

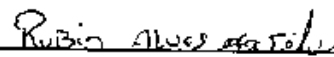
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

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-OFQ6861/PB, CHASSI-9C6RG3140J0009647, O CRLV DA REFERIDA MOTO, SE ENCONTRA EM NOME DE SILVIO 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 MEDICO 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, excepo 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







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: <b>0155998/19</b>	CPF da vítima: <b>055.940.494-99</b>	Nome completo da vítima: <b>Suelio Alves da Silva</b>
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 425/2012		
Nome completo: <b>Suelio Alves da Silva</b>		CPF: <b>055.940.494-99</b>
Profissão: <b>Operador de Bateria</b>	Endereço: <b>Rua Severina Maria Bonfina</b>	Número: <b>65</b>
Bairro: <b>João Américo</b>	Cidade: <b>João Pessoa</b>	Estado: <b>PB</b>
E-mail: <b>suelio.ppliat@gmail.com</b>	CEP: <b>58044-1742</b>	Tel. (DDD): <b>(83) 99811-5088</b>

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

RECEITA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: <b>Banco do Brasil</b>	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <b>3396</b>	CONTA: <b>31.311</b>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: <input type="text"/>
Grau de Parentesco com a vítima: <input type="text"/>	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <input type="text"/>	
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: <input type="text"/>
Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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: <b>João Pessoa 09/05/2019</b>
Nome: <b>Suelio Alves da Silva</b>
CPF: <b>055.940.494-99</b>

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**SUELIO ALVES DA SILVA**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: <input type="text"/>
CPF: <input type="text"/>
Assinatura: <input type="text"/>
2ª Nome: <input type="text"/>
CPF: <input type="text"/>
Assinatura: <input type="text"/>

(\*) 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 conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/2018

Atto Declaratório

Jual

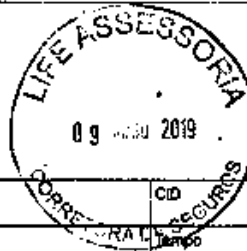
Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 3332168700

Boletim de Atendimento: 1142137



<b>Identificação do paciente</b>			
ID 1374874	Nome RUBIO ALVES DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 01/03/1982	Idade 38 anos 5 meses 9 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA	Pai ANTONIO ALVES DA SILVA		
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANTONIA ROBERVANIA - IRMÃO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988624946	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2897375	NF Cne	
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BARRO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO	
<b>Endereço</b>			
CEP 68074742	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro SEVERINA MARIA BARBOSA
Número 65	Complemento	Bairro JOSE AMÉRICO DE ALMEIDA	
<b>Admissão</b>			
Data e Hora 10/02/2019 08:00:14	Número da pulseira 1000007239259	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Corredor de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Modo de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		
<b>Sinais Vitais</b>			
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>			
Raios X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
			Liquor [ ]
			ECG [ ]
			Ultrassonografia [ ]
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por FATIMA BUZELIA RODRIGUES MARCAL			
CID S06.0X01 Tempo 01min 30seg			



Impressão



# 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



## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

**Documentos sem valor fiscal.**

இதற்குமுன்னர்தான் ருஷித் சி. கௌட்கர்-எ-லிம் தன் உரையை

විවේචනාත්මක පාදකයන්හි දී තවද සැලකිල්ලට ගත යුතුය යයි කියයි . : N° 023.343.338.



NAME: \_\_\_\_\_

ENERGIA PARA A DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

**Fig. 2-10** Mass flow - Carbon Dioxide - from Flammability Limit - at 98% O<sub>2</sub> - 2% CO<sub>2</sub>

© 2011 The Authors. Journal compilation © 2011 Blackwell Publishing Ltd

DATE: 00 04/24/11

RUIJO ALVES DA SILVA  
RUA SEVERINA MARIA BARBOSA S.  
1040 PEROLA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

571887985-8

## REFERENZIALIA

ABR/2019

APPENDIX C

12/04/2019

## CONSUMO

103

## VENCIMENTO

22/04/2019

1219. A.P.G.2

RS 9152

Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



የፍትሕን ልማት ሚኒስቴር

**RUBIO ALVES DA SILVA**

Rotario: 08-805-448-3280

838300000000-4 81520149000-9 18879862019-6 04500005019-4

VENÜZUELA



## TOTAL PAGES

2008

## Abstract

2007-05-07 10:00:00



(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 sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/compra de energia elétrica - Nº 024.912.388



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 230, Km 29 - Cidade Redentor - João Pinheiro / PB - CEP 58071-820  
CNPJ 09.075.183/0001-40 Fone 16.075.8230

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE RUA FRANCISCO GONCALVES FREIRE, 201, 80254-100, JOÃO PESSOA		5/1082314-4		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2019	25/04/2019	172	03/05/2019	R\$ 158,77

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

		DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE Roteiro: 16-008-213-1150 836200000013/58770148000-1/10823142019-2/04400000018-2	
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA	
03/05/2019	R\$ 158,77	10823142019-001	



**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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

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

Pelo exposto, eu Domício de Araújo Nobre Lima inscrito (a) no CPF 024.462.164, 36 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rubio Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.240.494 09 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Rubio Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.240.494 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	<u>Rua Francisco Leocádio Ribeiro Coutinho</u>		Número	<u>201</u>	Complemento	<u>36.208</u>
Bairro	<u>Bessa</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email	<u>notine.dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>(83) 99811-5088</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(83) 99811-5088</u>

João Pessoa 02 de maio de 2019  
Local e Data

Assinatura do Declarante



DLORL001 V001/2017



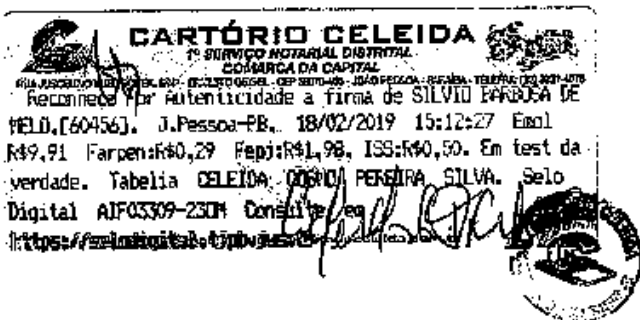
## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Silvio Barbosa de Melo,  
RG nº 3.114.195, data de expedição 20/01/2009.  
Órgão JSP-PR, portador do CPF nº 099.600.184-04 com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Senaiana, Maria Barbosa, nº 65,  
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 Rubio Aluís da Silva, cujo o condutor era  
Rubio Aluís da Silva.

Veículo: Van/motocicleta (Van) Apac.  
Modelo: YAMARA 14 BR 150 TACTOR ED  
Ano: 2017/2018  
Placa: 5G-6863-PR  
Chassi: 9C6RG3340J0009647  
Data do Acidente: 10/09/2019  
Local e Data: João Pessoa, 02/05/2019

Silvio Barbosa de Melo  
Assinatura do Declarante

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







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA

## 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 MÚLTIPAS 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: DIL, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

NOOME RUBIO ALVES DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1142137  
IDADE: SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: 12/2/2019  
CLÍNICA/SECTOR: ORTOPEDIA EMP: LR:  
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE REFRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA  
CIRURGIÃO: DR JOÃO HENRIQUE 1ª ASS: MR1 DANIEL  
2ª ASS: 3ª ASS:  
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:  
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

REFRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	

TRATAMENTO CIRURGICO DE REFRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELACÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA☐ TERAPIA INTENSIVA☐ RESIDÊNCIA☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA:

12/2/2019

*Daniel Conserva Arruda*  
MÉDICO  
CRM 41134





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO BONDIUM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1142137



<b>Identificação do paciente</b>			
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
Mãe MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA	Pai ANTONIO ALVES DA SILVA		Promotor
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANTONIA ROBERVANIA - IRMÃO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986624845	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2597375	Nº Cns	
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BAIRRO		UF PB
Email	Naturalidade JOÃO PESSOA	CBO	
<b>Endereço</b>			
CEP 56074742	Município de residência JOÃO PESSOA	UF PB	Logradouro SILVERINA MARIA BARBOSA
Número 85	Complemento	Bairro JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA	
<b>Admissão</b>			
Data e Hora 10/02/2019 08:00:14	Número da pulseira 1000007239259	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		
<b>Sinais Vitais</b>			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrassonografia []
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por FATIMA EUZELIA RODRIGUES MARCAL			Tempo 01min 36seg

Imprimir



10/02/2019 07:58



ÁREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>RUBIO ALVES DA SILVA</b>	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	CNS
Mãe <b>MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato (83) 986624945
Endereço <b>SEVERINA MARIA BARBOSA, 65</b>			Prontuário
Bairro <b>JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA</b>			UF PB
Município <b>JOAO PESSOA</b>			Nº Cons. Regional 77337
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>IGOR QUEIROZ CAVALCANTE</b>
Data/Hora Classificação 10/02/2019 08:00:14		Data/Hora Prescrição 10/02/2019 11:38:09	
<b>Anamnese</b> PACIENTE COM HISTORIA DE TRAUMA NO OMBRO E HÁ HORAS. COM FRATURA DE CLAVICULA E CD: INTERNAMENTO PARA TRATAMENTO CIRURGICO.			
<b>DIETA</b> DIETA LIVRE, VIA ORAL			
<b>MEDICAÇÃO</b> DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 500,0 MG VIA ORAL, 8/8H OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H			
<b>CUIDADOS</b> SSVV + CCGG			
<b>Conduta</b> Internar Paciente			

IGOR QUEIROZ CAVALCANTE  
CRM: 77337/004 - PE 19411

RUBIO ALVES DA SILVA

IGOR QUEIROZ CAVALCANTE  
(CRM: 77337)

Boletim registrado por: FÁTIMA EUZÉLIA 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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

ÁREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>RUBIO ALVES DA SILVA</b>	BAE <b>1142137</b>	Data/Hora Entrada <b>10/02/2019 08:00:14</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/08/1982</b>	Idade <b>36a 6m 9d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 986624945</b>
Endereço <b>SEVERINA MARIA BARBOSA, 65</b>	Bairro <b>JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MOURIBE ARRUDA FELINTO</b>	Nº Cons. Regional <b>7522/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>10/02/2019 08:00:14</b>		Data/Hora Prescrição <b>10/02/2019 10:44:18</b>	
<b>Anamnese</b> <b>#Ortopedia#</b> >>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			
<b>EXAME DE IMAGEM</b> <b>RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR ESQUERDA</b>			
<b>Conduta</b> Em observação			

RUBIO ALVES DA SILVA

Mouribe Arruda Felinto  
TEN.MED - 10/02/2019 10:44:18  
MOURIBE ARRUDA FELINTO  
(CRM-7522/PB)



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

http://8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=514588&pesquisa=S&perform=im

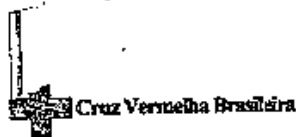
1/1

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

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

Número do documento: 21020111501937300000037120466

Num. 38938167 - Pág. 18



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

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

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>RUBIO ALVES DA SILVA</b>	BAE <b>1142137</b>	Data/Hora Entrada <b>10/02/2019 08:00:14</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/08/1982</b>	Idade <b>36a 8m 9d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 986624945</b>
Endereço <b>SEVERINA MARIA BARBOSA, 65</b>	Bairro <b>JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE EURIDES LIBERALINO</b>	Nº Cons. Regional <b>5252/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>10/02/2019 08:00:14</b>		Data/Hora Prescrição <b>10/02/2019 10:33:03</b>	

### Anamnese

#CIRURGIA TORÁCICA#

Paciente vítima de acidente de moto.

EX 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 EUZÉLIA 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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

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	Sexo	Telefone de Contato
01/03/1982	36a 8m 9d	Masculino	(83) 986624945
Mãe			Prontuário
MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA			
Endereço	Bairro	Município	UF
SEVERINA MARIA BARBOSA, 65	JOSÉ 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	
<b>Anamnese</b>			
#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			
<b>EXAME DE IMAGEM</b>			
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX			
<b>Conduta</b>			
Em observação			

Alice Franca Dantas  
Cirurgia Maxilar  
CRM PB 9519  
CREMEPE 25.372

RUBIO ALVES DA SILVA

CARLOS MAGALHAES FRANCA  
(: 3792/PB)



Boletim registrado por: FÁTIMA EUZÉLIA 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



AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>RUBIO ALVES DA SILVA</b>	BAE 1142137	Data/Hora Entrada 10/02/2019 08:00:14	Data Saída
Data de nascimento 01/06/1982	Idade 36a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS
Médico <b>MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA</b>			Teléfono de Contato (83) 986624945
Endereço <b>SEVERINA MARIA BARBOSA, 85</b>			Prontuário
Bairro <b>JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA</b>			UF PB
Município <b>JOAO PESSOA</b>			Nº Cris. Regional 3792/PB
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>CARLOS MAGALHAES FRANCA</b>
Data/Hora Classificação 10/02/2019 08:00:14		Data/Hora Prescrição 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, INDOLOR A PALPACAO

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES.

CD: SOLICITO RX DE TORAX E MSE  
AVALIACAO ORTOPEDIA

**MEDICAÇÃO**

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, 6.0 (MGTSM)

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

*Alice Franca Dantas*  
Cirurgia Vascular  
CRM PB 25565 FRANCA  
CARLOS MAGALHAES FRANCA



Documento registrado por FÁTIMA EUZELIA RODRIGUES MARÇAL em 10-02-2019 08:51:53







## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHI

NOME: RUBIO ALVES DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1142137  
IDADE: SEXO: ☒ MASC ☐ FEM COR: DATA: 12/2/2019  
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP: LR:  
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE REFRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA  
CIRURGIÃO: DR JOAO HENRIQUE 1º ASS: MR1 DANIEL  
2º ASS: 3º ASS:  
INSTRUMENTADOR: ANESTESISTA:  
TIPO DE ANESTESIA: GERAL HORÁRIO INÍCIO: TÉRMINO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
REFRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRURGICO DE REFRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA  
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 12/2/2019

*Daniel Conserva Arruda*  
MÉDICO  
CRM-41134



81. 2

Agueira de 11-100 100.00

Plat de macarrons 35. 10.00 01

Parab. cont. 14. 04

1 16. 09

2 18. 09



2021

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 12/02/19

PRONTUÁRIO: 1142137

PACIENTE: Rubio Alves da Silva SEXO: M COR: negro IDADE: 36

PRESSÃO ARTERIAL: 150 x 100 PULSO: 80 RESPIRAÇÃO: OK TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO: (X) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES: VPM

AP. RESPIRATÓRIO: eupneico AP. CIRCULATÓRIO: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE

AP. DIGESTIVO: jejum ESTADO MENTAL: Lúcido DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO: não ESTADO FISIOLÓGICO: II

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura clavícula e

CIRURGIA REALIZADA: Tratamento cirúrgico fratura clavícula e

CIRURGIÃO: Dr. João Henrique ALEXANDRE

INÍCIO DA ANESTESIA: 13:00 TÉRMINO DA ANESTESIA: 12:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: QUANT. DE CH. VALORES RS

ANESTESISTA: Dr. Humberto + MRS. Almi Lora CRM-PB

13:00 14:00 15:00

CO2 IN 5.0

AL 500 RL 500

230 220 210 200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20

100 110 120 130 140 150 160 170 180 190 200 210 220 230

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

ANESTESIA X

Aparelho de anestesia: Circo, S.O. preparada, PCT monitorizado, em ODH, realizada

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Lidocaína 1% 20ml 11. boloprogno 150 mg

2. Novibutyl cloro 0,25% 20ml 12. Sevoflurano

3. Midazolam 5mg 13. N2O

4. Fentanyl 200mg + 150 mg 14. Mural 300 mg

5. Propofol 200mg 15.

6. Propofol 200mg 16.

7. Boloprogno 2g 17.

8. Dexmedetomidina 10 mg 18.

9. Dalacin 8 mg 19.

10. Dipirona 2g 20.

11. Dipirona 2g 20.

12. Dipirona 2g 20.

13. Dipirona 2g 20.

14. Dipirona 2g 20.

15. Dipirona 2g 20.

16. Dipirona 2g 20.

17. Dipirona 2g 20.

18. Dipirona 2g 20.

19. Dipirona 2g 20.

20. Dipirona 2g 20.

Aparelho de anestesia: Circo, S.O. preparada, PCT monitorizado, em ODH, realizada

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Lidocaína 1% 20ml 11. boloprogno 150 mg

2. Novibutyl cloro 0,25% 20ml 12. Sevoflurano

3. Midazolam 5mg 13. N2O

4. Fentanyl 200mg + 150 mg 14. Mural 300 mg

5. Propofol 200mg 15.

6. Propofol 200mg 16.

7. Boloprogno 2g 17.

8. Dexmedetomidina 10 mg 18.

9. Dalacin 8 mg 19.

10. Dipirona 2g 20.

11. Dipirona 2g 20.

12. Dipirona 2g 20.

13. Dipirona 2g 20.

14. Dipirona 2g 20.

15. Dipirona 2g 20.

16. Dipirona 2g 20.

17. Dipirona 2g 20.

18. Dipirona 2g 20.

19. Dipirona 2g 20.

20. Dipirona 2g 20.

Aparelho de anestesia: Circo, S.O. preparada, PCT monitorizado, em ODH, realizada

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Lidocaína 1% 20ml 11. boloprogno 150 mg

2. Novibutyl cloro 0,25% 20ml 12. Sevoflurano

3. Midazolam 5mg 13. N2O

4. Fentanyl 200mg + 150 mg 14. Mural 300 mg

5. Propofol 200mg 15.

6. Propofol 200mg 16.

7. Boloprogno 2g 17.

8. Dexmedetomidina 10 mg 18.

9. Dalacin 8 mg 19.

10. Dipirona 2g 20.

11. Dipirona 2g 20.

12. Dipirona 2g 20.

13. Dipirona 2g 20.

14. Dipirona 2g 20.

15. Dipirona 2g 20.

16. Dipirona 2g 20.

17. Dipirona 2g 20.

18. Dipirona 2g 20.

19. Dipirona 2g 20.

20. Dipirona 2g 20.

Aparelho de anestesia: Circo, S.O. preparada, PCT monitorizado, em ODH, realizada

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Lidocaína 1% 20ml 11. boloprogno 150 mg

2. Novibutyl cloro 0,25% 20ml 12. Sevoflurano

3. Midazolam 5mg 13. N2O

4. Fentanyl 200mg + 150 mg 14. Mural 300 mg

5. Propofol 200mg 15.

6. Propofol 200mg 16.

7. Boloprogno 2g 17.

8. Dexmedetomidina 10 mg 18.

9. Dalacin 8 mg 19.

10. Dipirona 2g 20.

11. Dipirona 2g 20.

12. Dipirona 2g 20.

13. Dipirona 2g 20.

14. Dipirona 2g 20.

15. Dipirona 2g 20.

16. Dipirona 2g 20.

17. Dipirona 2g 20.

18. Dipirona 2g 20.

19. Dipirona 2g 20.

20. Dipirona 2g 20.

Aparelho de anestesia: Circo, S.O. preparada, PCT monitorizado, em ODH, realizada

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Lidocaína 1% 20ml 11. boloprogno 150 mg

2. Novibutyl cloro 0,25% 20ml 12. Sevoflurano

3. Midazolam 5mg 13. N2O

4. Fentanyl 200mg + 150 mg 14. Mural 300 mg

5. Propofol 200mg 15.

6. Propofol 200mg 16.

7. Boloprogno 2g 17.

8. Dexmedetomidina 10 mg 18.

9. Dalacin 8 mg 19.

10. Dipirona 2g 20.

11. Dipirona 2g 20.

12. Dipirona 2g 20.

13. Dipirona 2g 20.

14. Dipirona 2g 20.

15. Dipirona 2g 20.

16. Dipirona 2g 20.

17. Dipirona 2g 20.

18. Dipirona 2g 20.

19. Dipirona 2g 20.

20. Dipirona 2g 20.

Aparelho de anestesia: Circo, S.O. preparada, PCT monitorizado, em ODH, realizada

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Lidocaína 1% 20ml 11. boloprogno 150 mg

2. Novibutyl cloro 0,25% 20ml 12. Sevoflurano

3. Midazolam 5mg 13. N2O

4. Fentanyl 200mg + 150 mg 14. Mural 300 mg

5. Propofol 200mg 15.

6. Propofol 200mg 16.

7. Boloprogno 2g 17.

8. Dexmedetomidina 10 mg 18.

9. Dalacin 8 mg 19.

10. Dipirona 2g 20.

11. Dipirona 2g 20.

12. Dipirona 2g 20.

13. Dipirona 2g 20.

14. Dipirona 2g 20.

15. Dipirona 2g 20.

16. Dipirona 2g 20.

17. Dipirona 2g 20.

18. Dipirona 2g 20.

19. Dipirona 2g 20.

20. Dipirona 2g 20.

Aparelho de anestesia: Circo, S.O. preparada, PCT monitorizado, em ODH, realizada

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Lidocaína 1% 20ml 11. boloprogno 150 mg

2. Novibutyl cloro 0,25% 20ml 12. Sevoflurano

3. Midazolam 5mg 13. N2O

4. Fentanyl 200mg + 150 mg 14. Mural 300 mg

5. Propofol 200mg 15.

6. Propofol 200mg 16.

7. Boloprogno 2g 17.

8. Dexmedetomidina 10 mg 18.

9. Dalacin 8 mg 19.

10. Dipirona 2g 20.

11. Dipirona 2g 20.

12. Dipirona 2g 20.

13. Dipirona 2g 20.

14. Dipirona 2g 20.

15. Dipirona 2g 20.

16. Dipirona 2g 20.

17. Dipirona 2g 20.

18. Dipirona 2g 20.

19. Dipirona 2g 20.

20. Dipirona 2g 20.

Aparelho de anestesia: Circo, S.O. preparada, PCT monitorizado, em ODH, realizada

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Lidocaína 1% 20ml 11. boloprogno 150 mg

2. Novibutyl cloro 0,25% 20ml 12. Sevoflurano

3. Midazolam 5mg 13. N2O

4. Fentanyl 200mg + 150 mg 14. Mural 300 mg

5. Propofol 200mg 15.

6. Propofol 200mg 16.

7. Boloprogno 2g 17.

8. Dexmedetomidina 10 mg 18.

9. Dalacin 8 mg 19.

10. Dipirona 2g 20.

11. Dipirona 2g 20.

12. Dipirona 2g 20.

13. Dipirona 2g 20.

14. Dipirona 2g 20.

15. Dipirona 2g 20.

16. Dipirona 2g 20.

17. Dipirona 2g 20.

18. Dipirona 2g 20.

19. Dipirona 2g 20.

20. Dipirona 2g 20.

Aparelho de anestesia: Circo, S.O. preparada, PCT monitorizado, em ODH, realizada

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1. Lidocaína 1% 20ml 11. boloprogno 150 mg

2. Novibutyl cloro 0,25% 20ml 12. Sevoflurano

3. Midazolam 5mg 13. N2O

4. Fentanyl 200mg + 150 mg 14. Mural 300 mg

5. Propofol 200mg 15.

6. Propofol 200mg 16.

7. Boloprogno 2g 17.

8. Dexmedetomidina 10 mg 18.

9. Dalacin 8 mg 19.

10. Dipirona 2g 20.

11. Dipirona 2g 20.

12. Dipirona 2g 20.

1



BRASIL

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE TSHL

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA, SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPISIA

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 PARAFUSSO CORTICAIS

REVISAO DA HEMOSTASIA

LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%

Fechamento:

FECHAMENTO POR PLANOS ANATOMICOS

CURATIVOS ESTEREIS

RX DE CONTROLE

Observação:

TIPOIA



Médico/CRM:

*Daniel Costa Arruda*  
MÉDICO  
CRM 11134

João Pessoa,

12/2/2019



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

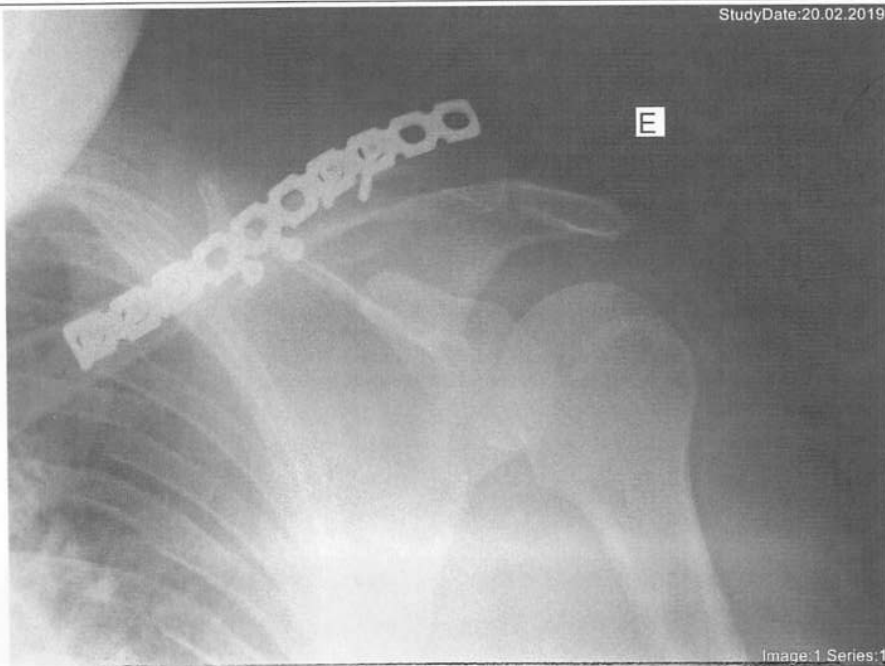
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020111501937300000037120466>

Número do documento: 21020111501937300000037120466

PatientID: 000000088096  
Name: RUBIO ALVES DA SILVA

Sex: Masculino  
BirthDate: 01.08.1982  
Age: 36a.

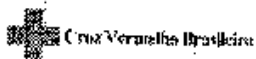
StudyDate:20.02.2019



HTOP







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

AV. ORESTES LUIZ, Sn - PEDRO GONDIM  
CNS: 445365 - Tel: 3332165700

Impresso por: JOAO  
BARTOLOMEU PINTO RABELO  
Em: 11/02/2019 08:36:51

Nome <b>RUBIO ALVES DA SILVA</b>	Boletim de Atendimento <b>1142127</b>	Data/Hora Entrada <b>10/02/2019 08:00:14</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>01/03/1982</b>	Idade <b>36</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Tempo de Internação <b>16h 45min</b>	Convênio <b>SUS</b>	Plantão <b>NOTURNO</b>	
Data de Entrada <b>10/02/2019 08:00:14</b>	Data Internação <b>10/02/2019 13:51:18</b>	Permanência na Unidade: <b>22h 36min</b>	Permanência no Leito: <b>16h 45min</b>

### EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 11/02/2019 08:36:38)

#### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

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

Unidade: AREA VERDE ENF 36 Lote: 0005

Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**RUBIO ALVES DA SILVA**

**DOC. IDENTIDADE / CRI. EMISSOR UF**  
2597375 SSP PB

**CPF** 055.240.494-29 **DATA NASCIMENTO** 01/08/1982

**FILIAÇÃO**  
ANTONIO ALVES DA SILVA  
MARGARIDA ALVES DE OLIVEIRA

**RENHAÇÃO** **ACC** **CATRAIS**  
[REDACTED] [REDACTED] H

**INSCRIÇÃO** 05917150754 **VALIDADEZ** 18/01/2023 **1ª HABILITAÇÃO** 30/10/2013

**OMERIAÇÃO**

*Rubio Alves da Silva*  
**ASSINATURA DO PORTADOR**

**LOCAL** JOÃO PESSOA, PB **DATA EMISSÃO** 19/01/2018

*[Assinatura]*  
**ASSINATURA DO EMISSOR**

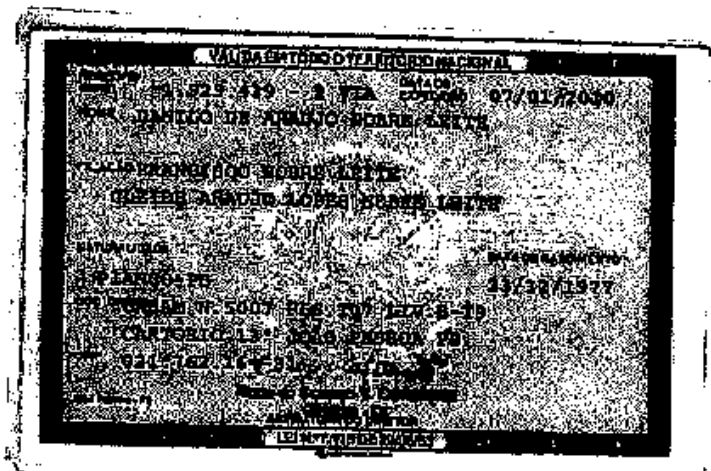
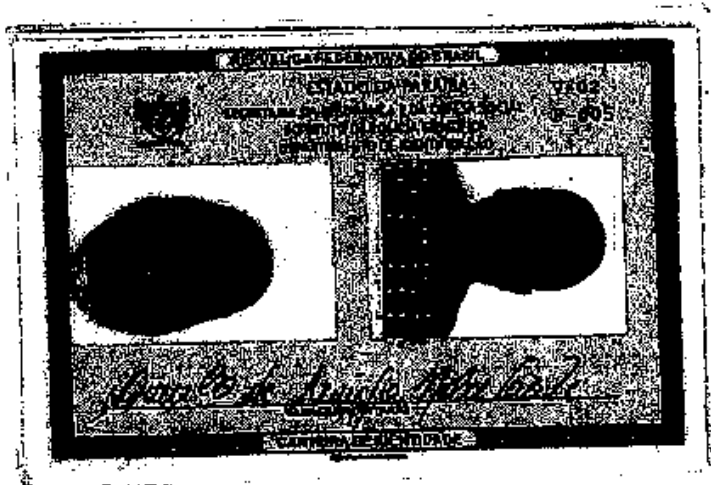
61461618288  
PB036124397

**PARAÍBA**

**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
1631863916





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETRAN - PB**  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: **0114080696-0** ANO: **2019** EXERCÍCIO: **2019**

**SILVIO BARBOSA DE MELO**

CPF: **09960018407** PLACA: **0FG6861/PB**

NOVO **PB** **9C6RG3140J0009647**

**PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC** **ALCO/GASOL**

**YAMAHA/YBR150 FACTOR ED** **2017** **2013**

**2 P/149 /CI** **PARTIC** **PRETA**

**00/00/0000** **0** **0**

**04/01/2019**

**A.F. BANCO YAMAHA MOT DO BRASIL SA**

**JOAO PESSOA - PB** **04/01/2019**

**99999999** **19925**

**SEGURO DEBILHETE DE VEICULO** **SEGURO DPVAT**

**PB Nº 014202865401** **BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT**  
**PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO**  
**AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
**WWW.SEGURADORELIDER.COM.BR**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

**09960018407** **0FG6861/PB**

**YAMAHA/YBR150 FACTOR ED** **2017** **9C6RG3140J0009647**

**PREMIO TARIFARIO**

**SEGURO** **04/01/2019**

**SEGUROADORA LIDER - DPVAT**

**19925-1330206-20190104**



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é substitutivo de conta.

Bônus para simples pagamento da nota desdobrada da energia elétrica Nº 024.012.308



ENERGISA PARAÍSA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 330, Km 29 - Orla Radial - João Pessoa/PB - CEP 58015-400  
CNPJ 06.078.182/0001-40 Insc. Est. 16.015.829-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE RUA FRANCISCO LEONARDO MORENO COSTA UNO 304 SL 202 JOÃO PESSOA			5/1082314-4	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2019	25/04/2019	172	03/05/2019	R\$ 158,77

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

		DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE Roteiro: 18-008-215-1180 63620000001-4 38770148000-1 10823142619-2 04000005019-2
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	ANEXICULA
03/05/2019	R\$ 158,77	0001-0001-0001



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

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 SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Domito de Araújo Nobre Leite inscrito (a) no CPF 024.462.164-31 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rubio Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.240.494-29 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidz da Vítima Rubio Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.240.494-29, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ **Recuso informar**

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

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

Endereço <u>Rua Farnato Leocadio Rilluno Coutinho</u>		Número <u>901</u>	Complemento <u>5L 208</u>
Bairro <u>Bom</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58036-400</u>
Email <u>Nobre.Dpvat@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(83) 99811-5088</u>	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99811-5088</u>

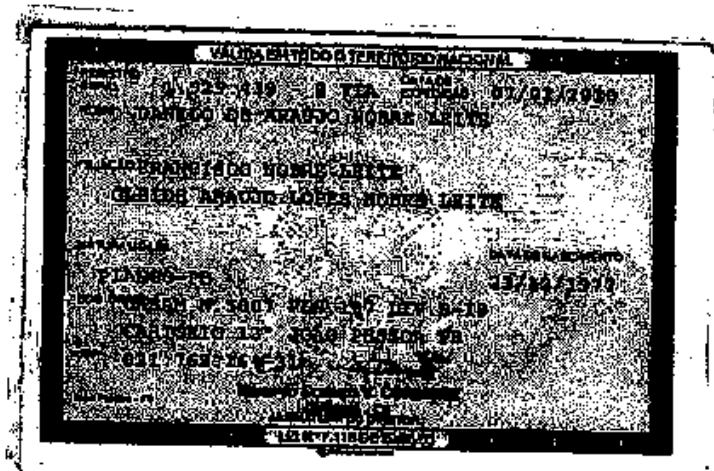
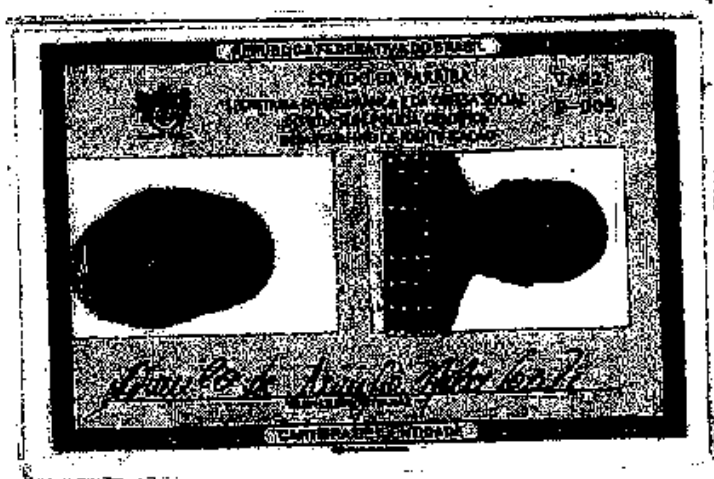
João Faria 02 de maio de 2019  
Local e Data

Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017









## 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

### OUTORGANTE

Nome: RUBIO AWEZ DA SILVA  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Op. de Bitomina  
Identidade: 2.594.395 CPF: 055.940.494-29  
Endereço: Rua Senurima Maria Bonfina, 65, José Américo, João Pessoa, PB

### OUTORGADO

Nome: Daniel de Araujo Moline Lute  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casado  
Profissão: Procurador  
Identidade: 1.909.439 CPF: 091.469.164-31  
Endereço: Rua Francisco Lacerda Ribeiro, 208, SL208, 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 pericia 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

à

vítima:

Rubio Almeida Silva.

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

JOÃO PESSOA,

### OUTORGANTE:

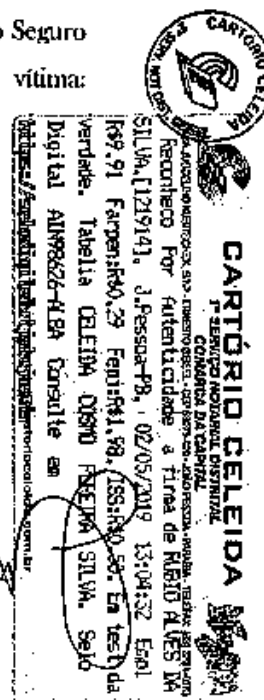
1º OFÍCIO  
DISTRITAL

CPF:

RUBIO AWEZ 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  
**CPF:** 055.240.494-29  
**CPF de:** Próprio  
**Data do acidente:** 10/02/2019  
**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A  
**Titular do CPF:** RUBIO ALVES DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
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](http://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: DANILO 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

DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





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.<sup>a</sup>, 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



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