



Número: **0808406-96.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44335 823	10/06/2021 10:45	<u>Petição</u>	Petição
44335 825	10/06/2021 10:45	<u>2703064_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
44335 828	10/06/2021 10:45	<u>2703064_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2021 10:45:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061010450798300000042151029>
Número do documento: 21061010450798300000042151029

Num. 44335823 - 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, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200017540 **Vítima: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO**

Data do Acidente: 05/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

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

Pag. 00671/00672 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 15361235



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2021 10:45:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061010450871900000042151031>
Número do documento: 21061010450871900000042151031

Num. 44335825 - 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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200017540 Vítima: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Data do Acidente: 05/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO**

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000004099

Conta: 0000006487-7

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

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

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:

Seguradora Eider-DFVA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046.290.114-98 4 - Nome completo da vítima: Hérgima Luiz de Oliveira Neto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Hérgima Luiz de Oliveira Neto 6 - CPF: 046.290.114-98
 7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: Av. Col. Adelmo Marra
 9 - Número: 742 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Cidade: 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53088-620
 15 - E-mail: eduardesilvaadm@outlook.com 16 - Tel. (DDD): (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4099

CONTA: 06487

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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 aos efeitos da efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado/Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/já nascer? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 30/01/2020
 L. Nogueira L.O. Neto

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2021 10:45:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061010450871900000042151031>
Número do documento: 21061010450871900000042151031

Num. 44335825 - Pág. 4



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 14385.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 14385.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 17:11 horas do dia 17 de dezembro 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 Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Higino Luiz de Oliveira Neto**, CPF nº 046.290.114-98, RG nº 2850355 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), profissão Motorista, filho(a) de Maria Jose Costa de Oliveira e Ronaldi Liz de Oliveira, natural de Cabedelo/PB, nascido(a) em 05/05/1982 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Coronel Adolfo Massa, Nº 742, complemento Casa, bairro Oiticizeiro, tendo como ponto de referência Próximo Ao Posto de Combustível, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98796-2599.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Próximo Ao Campo do Santos, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/09/19 12:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

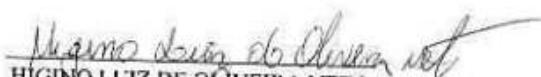
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia o Veículo, HONDA/CG 125 FAN KS ano/mod. 2012 Cor: PRETA, placa: OFC1047/PB, Chassi: 9C2JC4110CR561332 na rua Abelardo Targino da Fonseca, quando com seta ligada para entrar a direita foi surpreendido por outra motocicleta que efetuou uma manobra indevida pela direita, vindo a colidir, com o veículo em que o noticiante conduzia, fazendo com que o mesmo caisse ao solo, onde foi conduzido pelo SAMU para o Complexo Hospitalar Mangabeira Gov. Tarcísio Burity, onde foi atendido e diagnosticado com fratura da falange proximal do polegar e encaminhado para fazer uma redução incruenta + gesso luva, conforme prontuário emitido pelo Dr. Luis Filipe Lessa - CRM: 10206/PB.

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

João Pessoa/PB, 17 de dezembro de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO
Noticiante

Procedimento Policial: 14385.01.2019.1.00.401

1/1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 046.290.114-98 4 - Nome completo da vítima: Hérgima Luiz de Oliveira Neto

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Hérgima Luiz de Oliveira Neto 6 - CPF: 046.290.114-98
 7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: Av. Col. Adelmo Marra
 9 - Número: 742 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Cidade: 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53088-620
 15 - E-mail: eduardesilvaadm@outlook.com 16 - Tel. (DDD): (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4099

CONTA: 06487

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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 aos efeitos da efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado/Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/já nascer? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

34

Assinatura digital da vítima/beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 30/01/2020
 L. Nogueira L.O. Neto

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2021 10:45:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061010450871900000042151031>
Número do documento: 21061010450871900000042151031

Num. 44335825 - Pág. 7



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Data 05/09/19	ID da Ocorrência 2049395	<input type="checkbox"/> USB <input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MT	Nº / Equipe 07	Plantão: <input checked="" type="checkbox"/> Dia <input type="checkbox"/> Noite	Hora de Saída da Base 13:02 Hs	Hora de Chegada no Local 13:02 Hs
------------------	-----------------------------	---	-------------------	--	-----------------------------------	--------------------------------------

Paciente / Usuário Huguen Luiz de Oliveira Neto.	Idade 37	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	Telefone:
---	-------------	--	-----------

Local da Ocorrência: João Pessoa Santa Rita Bayeux Cabedelo Conde Outro:

Logradouro R. Odalberto Tanguá.	Bairro Campo do Sales	Médico Regulador Júra
------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Quantidade de vítima(s) no local: Uma Duas Três Mais de três:

Apoio no Local: USB USA Resgate / Bombeiros PM Resgate PRF BPTRAN Outro:

QTA: Socorrido por Terceiros Socorrido pelos Bombeiros Evadiu-se do Local Trote Outro:

DESTINO DO PACIENTE: Atendido no Local e Liberado Encaminhado a Unidade Hospitalar Óbito no Local Óbito Durante o atendimento

CHM	Destino (Unidade Hospitalar)	Responsável (Assinatura, Data, Mão e Carimbo)
-----	------------------------------	---

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

<input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	
Motivo: Colisão moto x moto	Hospital de Origem:	
► CAUSAS EXTERNAS	Responsável:	
► Acidente de Trânsito	Hospital de Destino:	
<input type="checkbox"/> Colisão carro x moto <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento por: <input type="checkbox"/> Colisão carro x carro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Outro:	Responsável:	
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Queda - Altura aproximada: <input type="checkbox"/> Soterramento / Desabamento <input type="checkbox"/> Choque Elétrico	ANTECEDENTES	
<input type="checkbox"/> Outro: COLISÃO MOTO X MOTO	<input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecto-contagiosa	<input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal <input type="checkbox"/> Drogas <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Internamentos Anteriores <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Medicamentos de uso Contínuo
Quais? <i>Nega patologias e/ou alergias.</i>		

1. DADOS VITais
PA: 150x80 FC: 70 FR: 17 HGT: - SpO2 - S/I/O2: 95% SpO2 - C/O2:

EXAME CLÍNICO (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

Diagnósticos de Enfermagem: Dor, integridade da pele prejudicada
Intervenções: Avaliação primária e secundária; avaliação SSVV, ANP + SRL, immobilização
Evolução do Enfermeiro: *an. do dedo*

*Hemorragia subcutânea lateral moto x moto, ext. na com. capuzete, não houve
lacerca (SIC), negado a palpação da coluna, sem instabilidade, movimentos
livres. Tono estônico e simétrico. ABD: leves e indolores. Oftal: hemodinâmica normal.
ORIENTAÇÃO DA REGULAÇÃO MÉDICA (pulso cheio! Suspeita de fratura no polegar D'SIC - Iam.
bucas) realizada immobilização. Queixa de dor e paroxismo no polegar; perfurada
perfurada. ECG/15. Conduzido ao CHM.*



2 - VIA AÉREA:
 Livre Obstruída parcialmente Obstruída totalmente Corpo estranho Edema da glote Bronco-aspiração

2.1 - VENTILAÇÃO:
 Espontânea Assistida Ritmo irregular Parada respiratória

2.2 - EXPANSIBILIDADE:
 Normal Superficial Regular Irregular

2.3 - ACHADOS:
 Crepitação Hemoptise Expectorado Enfisema subcutâneo Hálito Etílico

3 - CIRCULAÇÃO:
 Fria Úmida Palidez Quente Seca Normal

3.1 - EDEMAS:
 Não Sim - Local: _____

3.2 - PERCUSÃO:
 Normal Retardada (<2seg) Ausente

3.3 - PULSO:
 Regular Irregular Fino Cheio Ausente

3.4 - E.C.G.
 Normal Alterado Não realizado

4 - EXAME NEUROLÓGICO
ECGL _____

5 - EXAME GINECO-OBSTÉTRICO
 Abortamento Hemorragia vaginal Trabalho de parto Normal _____ semanas

Encontrado: Decúbito Dorsal Lateral Ventral Sentado Deambulando outro: _____
Nível de Consciência: Consciente Orientado Inconsciente Algum Desorientado Desorientado Sonolento

PROCEDIMENTOS	<input type="checkbox"/> DEA	<input type="checkbox"/> KED Adulio	<input type="checkbox"/> Sonda vesical
<input type="checkbox"/> Bomba de infusão	<input type="checkbox"/> Desobstrução vias aéreas	<input type="checkbox"/> KED Infantil	<input type="checkbox"/> Sedação
<input type="checkbox"/> Cânula Orofaríngea	<input type="checkbox"/> Drenagem torácica	<input type="checkbox"/> Massagem cardíaca externa	<input type="checkbox"/> Tala / Tração
<input type="checkbox"/> Colar cervical	<input type="checkbox"/> Desfibrilação / Cardioversão	<input type="checkbox"/> Orotáqueal	<input type="checkbox"/> Ventilação mecânica
<input type="checkbox"/> Controle de hemorragia	<input type="checkbox"/> Entubação Orotáqueal	<input type="checkbox"/> Pernalha Longa	<input type="checkbox"/> VMI
<input type="checkbox"/> Cricotiríroidostomia	<input type="checkbox"/> Inalação de Oxigênio (O ₂)	<input type="checkbox"/> Punção venosa	<input type="checkbox"/> VMNI
<input type="checkbox"/> Curativo	<input type="checkbox"/> Imobilização da membros	<input type="checkbox"/> Sonda gástrica	<input type="checkbox"/> Outros: _____

Descrição do(s) procedimento(s): _____

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

PERTENÇES DA VÍTIMA

Não
 Sim
Objetos: _____

Entregues a / Local: _____ Assinatura com Carimbo de: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO - CONDUTOR: _____ **MATRÍCULA:** _____

TEC. ENFERMAGEM: _____ **COREN:** _____

ENFERMEIRO(A): _____ **COREN:** _____

MÉDICO(A): _____ **CRM:** _____

Informações de Preenchimento Exclusivo do Paciente - Recusa Remoção Recusa Atendimento
NOOME: _____ **RG / CPF:** _____

ASSINATURA (RUBRICA): _____ **Observação:** _____

TESTEMUNHA: _____ **TESTEMUNHA:** _____



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: 23/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04099

CONTA: 00000006487-7

Nr. da Autenticação 8E55C566312F99CF



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2021 10:45:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061010450871900000042151031>
Número do documento: 21061010450871900000042151031

Num. 44335825 - Pág. 10

00156256
00156256

MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA
AV CEL ADOLFO MASSA 742
QD C LT 5 - OITIZERO
58088-620 JOAO PESSOA - PB

PC-03

220919

Postagem: 22/09/2019
Vencimento: 08/10/2019
Emissão: 22/09/2019
Fechamento próxima fatura: 22/10/2019

Titular: **MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA**
Cartão: **6062.XXXX.XXXX.1203**

Pra que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude já para a Fatura Digital. Ligue: 3003-3030. É rapidinho!

vencimento

08/10/2019

A) pagamento total

413,11

B) pagamento mínimo

62,87

C) parcelas fixas

31,67
+23x 31,67

Veja outras opções na 2. folha

B) Pagamento mínimo: optando por pagar a quantia entre o valor constante nesta opção e o total da fatura, você estará financiando a diferença pelo crédito rotativo. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito 1.050,00
Limite utilizado no mês 413,11

Pagamentos efetuados

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
30/08	PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 124,00
09/09	PAGAMENTO FICHA COMPENS	- 300,00
Total dos pagamentos		- 424,00

Lançamentos: compras e saques

MARIA J C OLIVEIRA (Final 1203)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
26/06	8037 HIPER JOAO PE15/15 (LAGOA)	30,06
20/06	LUMAE PRATAS - FIA04/06 JOAO PESSOA	36,20
24/07	DELLCELL 03/03 JOAO PESSOA	89,34
22/08	PLANO OI RIO DE JANEIR	29,99
24/08	POSTO MONACO IP JOAO PESSOA	20,00

Continua...

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.



Banco Itaú S.A. 341-7

Número do Documento:

00132961247/0004666

34191.75322 96124.762046 00173.090002 2 000

Nome do Pagador /CPF/CNPJ:

MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA - 010.408.454-52

Nome do Beneficiário /CPF/CNPJ:

HIPERCARD BANCO MÚLTIPLA S.A - 03.012.230/0001-69

Endereço do Beneficiário:

AV RUI BARBOSA, 251, 1 A GRACAS - RECIFE - PE

recibo do pagador

175/32961247-6

R\$ 413,11

08/10/2019

Autenticação Mecânica

Nosso Número

Valor do documento

Vencimento

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7	34191.75322 96124.762046 00173.090002 2 000							
Local de Pagamento:		Data de Vencimento:								
Pague sua fatura nos caixas da Rede Walmart Brasil, ou em qualquer banco, mesmo após o vencimento. Prefira pagar sempre até o dia do vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.		08/10/2019								
Nome do Beneficiário /CPF/CNPJ:		Agência / Código Beneficiário:								
HIPERCARD BANCO MÚLTIPLA S.A - 03.012.230/0001-69		2040/01/30-9								
AV RUI BARBOSA, 251, 1 A GRACAS - RECIFE - PE		Número do Documento:	00132961247/0004666	Espliege DOC:	FT	Araite:				
08/10/2019					N	22/09/2019				
Único do Banco:	Carteira:	Espliege:	Quantidade:	Valor:	(i) Valor do Documento					
	175	RS			R\$ 413,11					
Instruções de responsabilidade do beneficiário:										
Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) pagar a quantia a partir do valor constante em "Pagamento Mínimo", financiando o restante pelo crédito rotativo; (ii) optar por uma das opções de "Parcelas Fixas", pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.										
Nome do Pagador /CPF/CNPJ/Endereço/Grade/UF/CEP:										
MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA - 010.408.454-52										
AV CEL ADOLFO MASSA 742 - QD C LT 5 - OITIZERO - 58088-620 JOAO PESSOA - PB										
Sacador Avaliado:										



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2021 10:45:08

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106101045087190000042151031

Número do documento: 2106101045087190000042151031

Num. 44335825 - Pág. 11

IPAL DE JOAO PESSOA
ITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
CNPJ:

Ficha Nr: 202947
Data: 05/09/2019
Hora: 13:39:45
Repcionista: LENICE FLORENCIO DE ARAU
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987962599
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/05/1982 Id: 37 ano(s)

End.: RUA LUIZ RIBEIRO DO AMARAL, 76

Bairro: ERNESTO GEISEL Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA Pai: RONALDO LUIZ DE OLIVEIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: EX MULHER-MONICA SOARES

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL MOTOXMOTO HJ A TARDE PROX DE CASA

Vitima de violencia por: NAO

!! Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemias: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

COLISAO MOTO X MOTO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem Grave
 Politraumatizado Convulsao
 Hemorragia Dispneia
 Diarreia Agitado
 Regular Chocado
 Vomito

Observacao

Pct vitima andou de moto
apresentada trauma em ms deit

Nega outra queixa

Diagnostico

Trauma de moto

Conduta

As cuidados da
Bitefesa

Prescricao

Horario da medicacao

Medicamento: Cetotifen
Data: 05/09/2019
Horario: 10:00



Original
Actual & make of piece no in C
See: concrete & concrete
scale for no in C

Re: Et comit em reego ⑥ (Sem inno
⑥: Abri carimbo. et poni re
a e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

a e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

— *Environ. Monit. Assess.*

Entwicklung

I often make new finds

Internasional Hospital

Dr. Tibério Vanombeek
Ortopedia/Clínica da Mão
CRM-PR 8252/ROF 5469

- Alaydi me 2y + AD (N (4 gone) 25. CRM-PB 8232

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

ACERTIMENTO REALIZADO

ESTUDO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



Nome: <i>Higino Luiz de Oliveira Neto</i>				Registro: 2019090540
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Traumato</i>	EMP: _____ LR: _____
Data: <i>18/09/2019</i>		Cirurgião: <i>Luís Filipe Lessa</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>		2º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>		
Anestesista:		Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura da falange proximal do polegar</i>				<i>S62.6</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO
<i>Redução incruenta + gesso luva</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não				
Descreva:				
Biópsia de Congelação: 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input checked="" type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico				

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Redução incruenta + gesso fúva

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: 18 / 09 / 2019

Dr. Luis Filipe L
Traumatologista + Ortopedista
Cirurgia da Mão / Microcirurgia
CRM-PB 10206 TECIT

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



• Órgão Solicitante: 305292344

Número AIH: 251910051668-0

DENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

Unidade Solicitante:	COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	CNES:	2399628
Unidade Executante:	COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	CNES:	2399628
Logradouro, Endereço, Nº, Complemento, Bairro	RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE - S/N - - MANGABEIRA PRÓSIND I	Município Executante	JOAO PESSOA
Central Reguladora	JOAO PESSOA	Operador	RODRIGO0887227740050L
Data de Solicitação	05/09/2019 - 16:48:59	Operador	DMACEDO
Data de Autorização	05/09/2019 - 17:01:58	Operador	
Data de Reserva	05/09/2019	Operador	RODRIGO08872277400EXE
Data de Internação	05/09/2019	Operador	RODRIGO08872277400EXE
Data Prevista de Alta	06/09/2019	Operador	
Data de Alta	11/09/2019 - 10:12:57	Operador	GLADYSTON85476323449EXE
Motivo da Alta	3.1 TRANSFERIDO PARA OUTRO ESTABELECIMENTO		

DADOS DO PACIENTE

CNS:	707003886471731	Nome Social/Apellido:	---
Nome do Paciente	HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO	Naturalidade:	CABEDELO - PB
Nome da Mãe	MARIA JOSE COSTA DE OLIVEIRA	Raça:	SEM INFORMACAO
Sexo:	MASCULINO	Tipo Sanguíneo:	---
Data de Nascimento:	05/05/1982 (37 anos)	Logradouro:	PROJETADA
Tipo Logradouro:	RUA	Bairro:	MANGABEIRA VIII
Número:		Município de Residência:	JOAO PESSOA
País de Residência:	BRASIL	Complemento:	Q L
Telefone(s):		CEP:	58055-000
		UF:	PB

DADOS DA SOLICITAÇÃO

CPF do Médico Solicitante:	Nome do Médico Solicitante:	Status da Solicitação:
05760536435	EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS	TROCA
CPF do Médico Executante:	Nome do Médico Executante:	
05760536435	EVERTON DAVID TAVARES VASCONCELOS	
Diagnóstico inicial - CID:		
S626 - FRATURA DE OUTROS DEDOS		
Caráter	Classificação de Risco	
11 - Urgência	Prioridade 1 - Urgência, atendimento o mais rápido possível	
Clinica:	Clínica Complementar:	
ESPEC - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	Nenhuma	
Procedimento Solicitado:	Código:	
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃO (COM FIXAÇÃO)	0408020342	

TROCA DE PROCEDIMENTOS

CID	Procedimento	Solicitante	Status
T022 - FRATURAS ENVOLVENDO REGIÕES MÚLTIPLAS DE UM MEMBRO SUPERIOR	0308010019 - TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA	GLADYSTON85476323449EXE	Pendente

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos:

PACIENTE COM DOR + EDEMA EM 1 QD (D) DEVIDO A TRAUMA POR ACIDENTE DE MOTO /td>

Principais Resultados de Provas Diagnósticas:

RX

Condições que Justificam a Internação:

CIRÚRGICO

PARECER:

Motivo de Impedimento do Regulador:

sisregili.saude.gov.br

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2021 10:45:08

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106101045087190000042151031

Número do documento: 2106101045087190000042151031

Num. 44335825 - Pág. 16



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Higino Luiz O. Neto Data da Admissão: 05/09/18
Pronutário: _____ Idade: 37 Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

QPD: _____

HDA: Dores torácicas unilaterais em 1º ODD da
vida trazendo dor intensa e constante ultimamente
+9

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele:

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DMD [] JTB [] JHEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Tá
[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Freturas do 1º ord*Conduta: *J mtr magão hnt telor*OU
ONC



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NAME: <i>Flávio Will de Oliveira reb</i>		PRONTUÁRIO N°: <i>2019090540</i>			
SEXO:	CEP:	CONÍCIA:	ENF. LEITO		
DATA DE ALTA:	DATA DE ALTA:		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
<i>05/09/14</i>	<i>18/09/14</i>				
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Golpe no pulso direito</i>	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <i>→ golpe no pulso</i>		CID: <i>S626</i>		
TRATAMENTOS					
PROCEDIMENTOS					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Keorx + gelo nos pulsos.</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO FU:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLTURA DE MATERIAL:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
EXPLORAÇÃO RADIOLÓGICA					
INDICAÇÃO:	<input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO	<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/> ÓBITO
DATA LAURO: <i>05/09/14</i> HISTÓRIA, EXAME, TERAPÉUTICA, CONSULTA DÓSIS: <i>Optico por doloreto causado durante tempo de esportes e pouco uso da justa</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA:					
REPOUSO:	Relativo em casa por <i>30</i> dias. Retorno às atividades com esforço fraco em <i>30</i> dias. Retorno às atividades com esforço fraco, leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA:					
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.				
<i>18/09/14</i>		<i>Dr. LUIS Filipe Lessa Traumatologista Ortopedista CRM-PB 16.296 MECRO-PI 160714320</i>			
DATA					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



CNH Digital

Departamento Nacional de Trânsito

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INCLUSÃO E CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALOR EM TUDO
1838292390

NOME: RONALDO LUIZ DE OLIVEIRA NETO
DOC. IDENTIDADE/PROVISÓRIO: 205335-000-28
CNPJ: 046.150.114-98 DATA NASCIMENTO: 05/05/1968
PAÍS: BRASIL
MATER: MARIA DIRE COSTA DE OLIVEIRA
PERMISSÃO: ATE: 01/01/2024
Nº PROGETO: 1838292390-0004 VALOR: R\$ 0,00
Nº HABILITAÇÃO: 0970620016

OBRAÇÕES: CAP A

Ronaldo Luiz de Oliveira
ASSINATURA DO PORTADOR

FECHADO: 04/01/2024 DATA ASSIN: 07/01/2024

ARMANDO DIGITALMENTE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
PARAÍBA

DENATRAN CONTRAN

QR-CODE



Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio da comparação deste arquivo digital com o arquivo de assinatura (.p7s) no endereço: <<http://www.serpro.gov.br/assinador-digital>>.

SERPRO / DENATRAN



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2021 10:45:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061010450871900000042151031>
Número do documento: 21061010450871900000042151031

Num. 44335825 - Pág. 20



ADMINISTRATIVE TIDALUS

DETRAN - PB	Nº 01545529399
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULOS	
VEICULO	20190000423160
PLACA	2-ACAC
1 0047616393-4	00/0000000000
ALYSSON JOSE CARNELIRO MARQUES	

NEUTRONS

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2021 10:45:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061010450871900000042151031>
Número do documento: 21061010450871900000042151031

Num. 44335825 - Pág. 21

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200017540 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA MÃO DIREITA.
FRATURA DE 1º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA-POLEGAR), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE DEDO POLEGAR MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE DEDO POLEGAR MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: P.3.4_CIRURGIA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200017540 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO **Data do acidente:** 05/09/2019 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NA MÃO DIREITA.
FRATURA DE 1º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA-POLEGAR), DEMAIS CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE DEDO POLEGAR MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE DEDO POLEGAR MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: P.3.4_CIRURGIA.

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0015279/20

Vítima: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

CPF: 046.290.114-98

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/09/2019

Titular do CPF: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO : 046.290.114-98

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/01/2020
Nome: HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO
CPF: 046.290.114-98

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

HIGINO LUIZ DE OLIVEIRA NETO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2021 10:45:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061010450871900000042151031>
Número do documento: 21061010450871900000042151031

Num. 44335825 - Pág. 24



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08084069620208152001

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Inválidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 675,00 (seiscents e setenta e cinco reais), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 8 de junho 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 - 10/06/2021 10:45:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061010450928800000042151034>
Número do documento: 21061010450928800000042151034

Num. 44335828 - 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 - 10/06/2021 10:45:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061010450928800000042151034>
Número do documento: 21061010450928800000042151034

Num. 44335828 - Pág. 2