

PROCURAÇÃO "Ad Judicia"

OUTORGANTE: IRENALDO MARQUES DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob nº 080.186.444-54 podendo ser intimado na Rua Sitio Montadas, s/n, Zona Rural Montadas Paraíba, CEP: 5814-000 neste ato nomeia e constitui como seu bastante procurador e advogado

OUTORGADO(S)

Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, com escritório profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, com os poderes especial de patrocinar defesa do outorgante junto a processo junto a Comarca de Esperança - Paraíba, podendo os outorgados, requererem o que necessário for junto a quaisquer órgãos administrativos, judiciais para tanto, praticar todos os atos, constantes da **CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA**, para o foro em geral, para defender o outorgante, bem como em qualquer órgão do Poder Judiciário e/ou extrajudicialmente, em qualquer grau de jurisdição, e diante de qualquer ente/órgão da Administração Pública direta e indireta, podendo, para tanto, propor ação e dela variar, contestar, recorrer, requerer, embargar, transigir, passar recibos, receber e dar quitação, desistir, renunciar, firmar acordos, requerer o benefício da gratuidade judiciária e tudo o mais praticar a bem do completo e fiel patrocínio de toda e qualquer pretensão do outorgante, podendo ainda levantar, receber, dar quitação, inclusive o **"alvará judicial"**, decorrente da presente demandada, substabelecer a outrem, com ou sem reserva de poderes, se lhe convier, dando o outorgante tudo por bom, firme e valioso, como se por ele houvesse sido praticado.

Esperança - Paraíba, 24 de Abril de 2019


Outorgante



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, IRENALDO MARQUES DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob nº 080.186.444-54 podendo ser intimado na Rua Sitio Montadas, s/n, Zona Rural Montadas - Paraíba. Declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção da palavra.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Esperança - Paraíba, 24 de Abril de 2019

Irenaldo Marques da Silva

Declarante.



- CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante: IRENALDO MARQUES DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob nº 080.186.444-54 podendo ser intimado na Rua Sítio Montadas, s/n, Zona Rural Montadas - Paraíba, contrata com os advogados Dr. Wamberto Balbino Sales, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/PB 6846 e Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, ambos com endereço profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

- 1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de Esperança - Paraíba, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT;
 - 2- A parte contratante, não pagara qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juízo, da causa, firmados na cláusula- *ad exitum* (quando o pagamento só é feito se a decisão for favorável à parte contratante);
 - 3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante, não desembolsara, quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida;
 - 4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, devera a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (trinta por cento) sob o valor da causa;
 - 5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..
- Elegem as partes, para dirimir quaisquer dúvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de esperança - Paraíba;
- Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Esperança - Paraíba, 24 de Abril de 2019

Contratante: Irenaldo Marques da Silva

Contratado: _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	3.279.165	-2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 10/07/2013
NOME	IRENALDO MARQUES DA SILVA		
FILIAÇÃO JOSÉ GENÁRIO MARQUES DA SILVA MARIA EURIDES SANTOS SILVA			
NATURALIDADE	POXINANÁ-PB		DATA DE NASCIMENTO 28/06/1987
DOC. ORIGEM	NASC.N.2992 FLS.113 LIV.A-04 CARTÓRIO MONTADAS-PB		
CPF	080.186.444-54		
Assinatura do Diretor			
LEI Nº 7.116 DE 29/09/1983			



MARIA EURIDES DOS SANTOS SILVA
ST MONTADAS, SIN - AREA RURAL
MONTADAS / PB CEP: 52143000 (AQ. 71)

Ligação: MONOFÁSICO
Clas/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro: 8 - 75 - 460 - 3950 Referência: Mar/2019
Medidor: 00008770989 Emissão: 14/03/2019



ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br/250, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53071-990
CNPJ 08.085.183/0001-40 Insc. Est. 10.615.825-0

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica Nº 021.736.702
Cód. para Deb. Automático: 00912092231

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2019	14/03/2019	12/04/2019	058.591.714-04 Mod. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1309823-1

Canal de contato

Com a fatura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de residência na mão. Entre em contato por um dos nossos canais e solicite a sua.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
12/02/19	1998	14/03/19	2042	1	48	30

Demonstrativo							
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Atual (R\$)	Base Calc. Pré (R\$)	Colim (R\$)	
				Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)	Per (Colim) (R\$)	(1,0703%) (4,0099%)
0801	Consumo em kWh	48,000	0,828540	39,11	39,11	25	9,52
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			9,43	0,00	0	0,00
0804	JUROS DE MORA 02/2019			0,09	0,00	0	0,00
0805	MULTA 02/2019			0,79	0,00	0	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 48,42 39,11 9,52 39,11 0,40 1,97
Tarifa e Tributos 0,511770

Média últimos meses (kWh) 62

VENCIMENTO 21/03/2019 **TOTAL A PAGAR** R\$ 48,42

Histórico de Consumo (kWh)

45	88	97	109	99	93	90	112	79	46	48
Mar/18	Abr/18	Mar/19	Jun/19	Jul/19	Ago/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Fev/20

RESERVADO AO FISCO

a831.fdee.1a60.2326.4cb8.5509.3f9c.5a05.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL	6,27	0,00	NOMINAL 220
DIMENSIONAL	12,54		
DIMENSIONAL	25,08		
DIMENSIONAL	3,36	0,00	CONTRATADA 200
DIMENSIONAL	6,72		LIMITE INFERIOR 200
DIMENSIONAL	13,45		LIMITE SUPERIOR 200
DIMENSIONAL	26,90	0,00	
DIMENSIONAL	53,80		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia	8,34	17,21
Compra de Energia	13,87	28,63
Serviço de Transmissão	1,45	3,00
Encargos Setoriais	22,16	45,64
Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços		
Total	48,42	100,00

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 10/09/2019 18:55:29

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091018552849200000023529481

Número do documento: 19091018552849200000023529481



Governo do Estado do(a/e) Paraíba
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
2ª SRPC / 12ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Municipal de Montadas
Rua João Veríssimo de Sousa, 21, Centro, Montadas/PB



Ocorrência nº26/19

Versando sobre: Acidente de trânsito/DPVAT
Data do Fato: 10 de março de 2019
Hora do Fato: 02:00

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA

Eu, **Vassili Salomaovitch Barinov Gurgel**, Comissário de Polícia desta Delegacia de Polícia Civil, CERTIFICO para os fins a que se fizerem necessários que, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registro de Ocorrências nº05/17, cujo teor passo a escrever na íntegra: Aos **11 de julho de 2019**, nesta cidade de Montadas - Paraíba, e na Delegacia de Polícia Civil, onde se fazia presente o(a) Bel(a). **Graciano Danilo Borba Orengo**, Delegado(a) em substituição desta unidade policial. Aí por volta das **13:00** compareceu o(a) Sr(a). **IRENALDO MARQUES DA SILVA**, do sexo masculino, nascido no dia 28/06/1987, com 32 anos de idade, ID: 3.279.165 SSP/PB, CPF: 080.186.444-54, agricultor, filho de José Genário Marques da Silva e Maria Eurides Santos Silva, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, SOLTEIRO, natural de Puxinanã/PB, BRASILEIRO, residente no Sítio Montadas de Baixo, Zona Rural, MONTADAS, PB, tel: 8766-6439; (a) qual após cientificado das penalidades culminadas com o Art 299 do C.P.B. (falsidade ideológica) vem notificar QUE: no dia 10 de março de 2019, por volta das 02:00 da manhã estava se deslocando na motocicleta YAMAHA YBR 125K, PLACA MYP7198/PB, COR VERMELHA, ANO/MODELO 2005/2005, no Sítio Mariz Preto quando sofreu colisão com um carro conduzido por nacional conhecido por DODINHA; QUE em decorrência do acidente, teve o fêmur da perna esquerda quebrado; QUE foi levado pelo SAMU para o Hospital de Trauma, onde passou por atendimento cirúrgico; QUE devolveu a motocicleta para o proprietário REINALDO ANTÔNIO DOS SANTOS; QUE **não** deseja representar em desfavor do nacional conhecido por DODINHA; QUE compareceu a esta Delegacia e apresentou o RG, CPF, CRLV do veículo, exercício 2018, declaração do proprietário e o CNH do mesmo, Comprovante de Residência, Declaração da SAMU e o CD do Trauma; Nada, mais havendo para constar, registrou esta ocorrência e solicitou certidão.


Renaldo Marques da Silva

Notificante

Vassili S. Barinov Gurgel
Comissário de Polícia



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242283/19

Vítima: IRENALDO MARQUES DA SILVA

CPF: 080.186.444-54

Seguradora: COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 10/03/2019

Titular do CPF: IRENALDO MARQUES DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

31910433517

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

IRENALDO MARQUES DA SILVA : 080.186.444-54

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/07/2019
Nome: IRENALDO MARQUES DA SILVA
CPF: 080.186.444-54

IRENALDO MARQUES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/07/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPE: 614.058.096-04



SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



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: 0242293139 CPF da vítima: 080.186.444-54 Nome completo da vítima: ERNANDO MARQUES DA SILVA

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

Nome completo: ERNANDO MARQUES DA SILVA CPF: 080.186.444-54
Profissão: AGRICULTOR Endereço: SÍTIO MONDABAS Número: S/Nº Complemento: SÍTIO
Bairro: ZONA RURAL Cidade: MONDABAS Estado: PERNAMBURGO CEP: 58.145-000
E-mail: Tel. (DDD): (83) 99829.8855

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: 5683 9 CONTA: 6493 9 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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, 17/07/2019
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU 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.
:IO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ILANILDO MARQUES DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 30.03.2019 CPF DA VÍTIMA 080.186.444-54

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É ILANILDO MARQUES DA SILVA

ENDEREÇO DO PORTADOR SÍTIO MONDAZAS

Nº SN2 COMPLEMENTO SÍTIO BAIRRO BOVA RUIM

CIDADE MONDAZAS UF PAUERS CEP 58.145-000

E-MAIL _____ TELEFONE (83) 99829.8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

(ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS/COMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30-07-2019

IDENTIDADE 3.279.165.581/RS

ASSINATURA Emmanuel SARAIVA FERREIRA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 17 JUL 2019

NOME _____

ASSINATURA _____



SINISTRO 3190433517 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** IRENALDO MARQUES DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE**ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA****BENEFICIÁRIO** IRENALDO MARQUES DA SILVA**CPF/CNPJ:** 08018644454**Posição em 10-09-2019 16:54:02**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/07/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Ponto de Atendimento

Assessoria e Corretora de Seguros Ltda

Rua do Comércio, 100

Bairro do Comércio

Cidade do Comércio

Estado do Comércio

CEP do Comércio

Telefone do Comércio

E-mail do Comércio

Site do Comércio

Redes Sociais do Comércio

Horário de Atendimento

Dias de Atendimento

Período de Atendimento

Formas de Pagamento

Condições de Pagamento

Prazo de Pagamento

Valor de Pagamento

Data de Pagamento

Local de Pagamento

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Segurado

Assinatura do Corretor

Assinatura do Advogado

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014201468786

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PRT 20180000413044-1

VIA 1 Cód. RENAVAM 0086351265-8 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
REINALDO ANTONIO DOS SANTOS

CPF / CNPJ 22592979867 PLACA MYP7198/PB

PLACA ANT / UF MYP7198 RN CHASSI 9C6KE044050131366

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA/YBR 125K ANO FAB. 2005 ANO MOD. 2005

CAP / POT / CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC / COTAS

FAIXA I.R.V.A. 0 PARCELAMENTO / COTAS 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 04/09/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL 0 DATA

PUXINANA-PB 10/09/2018

32875 11363

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

PB Nº 014201468786 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 10/09/2018

VIA 1 CPF / CNPJ 22592979867 PLACA MYP7198/PB

RENAVAM 00863512658 MARCA / MODELO YAMAHA/YBR 125K

ANO FAB. 2005 CAT. TARIF. 9 Nº CHASSI 9C6KE044050131366

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO 04/09/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

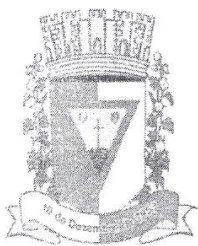
11363-1143020-20180910



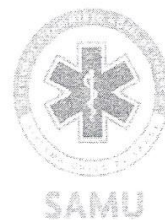
Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 10/09/2019 18:55:32

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091018553176000000023529486

Número do documento: 19091018553176000000023529486




ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE POCINHOS
Secretaria Municipal de Saúde
Juventude e Solidariedade
SAMU 192 – POCINHOS – PB



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e direito que o SAMU POCINHOS prestou atendimento pré-hospitalar em Montadas - PB no dia 10/03/2019 ao paciente IRENALDO MARQUES DA SILVA vítima de colisão carro com moto sendo encaminhado para hospital referencia HOSPITAL DE TRAUMA DE CAMPINA GRANDE.

Atenciosamente:


Valquíria Anselmo de Souza Lima
Coordenadora Geral e de Enfermagem



Pocinhos-PB 10 /07/2019.

Rua, Apolinário Costa SN, Nova Brasília – Celular (83) 9154 - 8652.
Celular (83) 8183-9572 CEP: 58150 - 000 Pocinhos - PB



EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Alt. of Quasi-Gen. Robert Cuthbert & Quasi-moment. Confine Mercantile

Dr. Yuri M. N. Costa
Médico Residente
Cirurgia Geral
CRM-PB 10556

#opredic#

Accurate listing of
accident & injury frequencies
Don & I attempted to run SAT & I
+ Rogers ATP & run from
17:10 to 6:10
Chicago

Dr. Walter Baldo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 8643

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ às _____ : _____ hs

() Centro cirúrgico _____ () Alta hospitalar / () A revelia
() Internação (setor) _____ () Decisão Médica
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ () Óbito

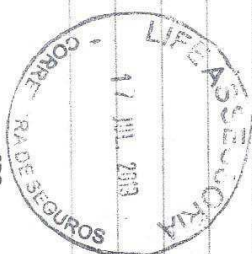
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE





GOVERNO
DA PARÁIBA

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

1 SAMU

Ficha de Acolhimento

Nome:	Ivanol dos Prazeres da Silva		
End:	Av. Rio Pueris	Prato	Bairro: Pacinhas
Data de Nascimento:	31 anos	Documento de Identificação:	
Queixa:	Ac. de	Data do Atend:	10/08/19 Hora: 3:21 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Prato

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fácies de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

(X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas


Cinquentas

Estratificação

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional
11 JUL 2019
MOD. 110

Data da internação: 10/03/2019 Hora: 04:14:09

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		2362856	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
IRENALDO MARQUES DA SILVA		1849391	
7 - CARTÃO DO SUS	8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO	
706109892989530	28/06/1987	Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
MARIA EURIDES DOS SANTOS SILVA		DDD 83 Nº DE TELEFONE 987911730	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
SÍTIO MONTADAS, 0, ZONA RURAL			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	15 - UF
Montadas		250950	PB
		16 - CEP	
		58145000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
<p><i>Dom, de torção e fêmur</i> <i>e um MIF</i></p>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
<p><i>Necessidade de TPO cirúrgico</i></p>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
<p><i>Rx</i></p>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL			
<p><i>fratura de fêmur</i></p>			
21 - CID 10 PRINCIPAL			
22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	
	02	(X) CNS () CPF	
		29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
		980016296938549	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
WAGNER DE MELO FALCAO		10/03/2019	
		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
		<p><i>Wagner Falcao</i> ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 23643</p>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			38 - SÉRIE
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA
		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
() CNS () CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
/ /			
		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

28/03/2019

HTCG-Painel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.
NOME : Wagner Luiz Egito De Araujo

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 28/03/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



Número do Prontuário: 121126

DATA DA CIRURGIA: 28/03/2019

Número do Atendimento: 1849391 Clín: ORTOPEDIA 2 / Enf: 3 / Lei: 1

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: IRENALDO MARQUES DA SILVA

Data da Internação: 10/03/2019

Atendimento:1849391

Diagnostico Pré-Operatório:

Diagnostico Pós-Operatório:

Cirurgia:TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE FERMUR
Cirurgia:28/03/2019

Data da

Equipe:

Cirurgião:RICARDO AMORIM FILHO

Aux 1:JULIO CESAR RIBEIRO DE CA

Aux 2:EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista:FERNANDO ANTONIO COSTA WANDERLEY

Tipo de anestesia:RAQUI

Relatório Imediato do Patologista:NAO

Exame Radiológico no Ato:SIM

Acidente Durante Operação:NAO

Descrição da Operação:1-PACIENTE EM DLD SOB ANESTESIA

2-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

3-APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS

4-INCISÃO POSTERO-LATERAL QUADRIL ESQUERDO + DISSECÇÃO POR PLANOS

5- PASSAGEM DE INICIALIZADOR EM TROCANTER + PASSAGEM DE FIO GUIA, APOS
REDUÇÃO INCRUENTA SOB ESCOPIA

6- PASSAGEM DE FRESAS Nº 9,10,11

7- COLOCAÇÃO DE HIM DE FEMUR 10X36 SOB AUXILIO DE ESCOPIA

8- DOIS BLOQUEIOS DISTAIS E UM PROXIMAL + TAMPÃO DE HASTE SOB ESCOPIA

9- LVO COM SF(0,9%)

10- SUTURA POR PLANOS

Data 28/03/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito De Araujo
MR. ORTOPEDIA - ORT. ORTOPEDIA
CRM - PB 8926



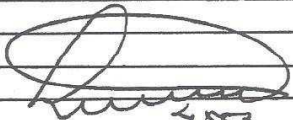


Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Jornaldo Marques da Silva</u>	Idade: <u>31</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>28/03/19</u>
Procedimento: <u>ttto cirurgico de fratura de fêmur E</u>	
Cirurgião: <u>Dr Ricardo</u>	Auxiliar: <u>Dr Julio</u>
Anestesista: <u>Dr Wanderley</u>	
Início: <u>13:30</u>	Término: <u>15:30</u>
Anestesia: <u>Raqui</u>	

[illegible][illegible]

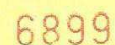
Observações:
 Paciente verbalizando a dor, manifestando voluntariamente
 sua dor. Sem queixas. Alta da SRPS


 4553

Assinatura Anestesiologista

Circulante






Num. 24299639 - Pág. 3

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

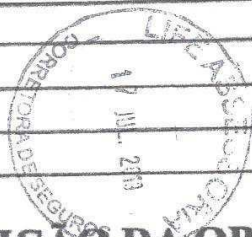
c = Contaminada

PACIENTE: Jremaldo Marques da Silva. DN. 28/06/87						 GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO			
—	Sala 03	SUS	31a	1849387			
CIRURGIA				CIRURGIÃO			
Tratando fratura de tíbia (8)				Dr. Renan			
ANESTESIA				ANESTESIA			
Raqui + sedação				Dra. Isabella			
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO		FIM	
Costa		10/03/19		04:40		06:00	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma		Qtd.	FIOS	
	Adrenalina amp.		Calel. p/ OXg.			Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.			Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Grande			Catgut cromado Sertix	
01	Dimet. amp.		Compressa Pequena			Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide			Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno			Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº			Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº			Cera p/ osso	
	Inova ml. Dormenid		Dreno Pezzer nº			Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas			Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas			Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue			Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC			Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.		Esparradrapo Larco cm			Fio de Algodrão Sutupak	
01	Protóxido de Peróxido de H ₂ O ₂		Furacim ml			Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades			Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml			Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto		10	Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil			Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23			Prolene Serfix	
	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11			Prolene Serfix	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15			Prolene Serfix	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0			Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.		Luvas 7.5			Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0			Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5				
	Glicose amp.		Oxigênio l/m 3L/min				
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix				
	Haemacel ml		PVPI Degemante ml				
	Heparema ml		PVPI Tópico ml.		Qtd.	SOROS	
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico			SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.		Saco coletor		10	SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.		Seringa desc. 10 ml			SG Hipertérmico fr 500 ml	
01	Pilsin amp.		Seringa desc. 20 ml			SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml			SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda				
	Stuption amp.		Sonda folley		Qtd.	ORTESE E PRÓTESE	
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica			Fixador externo	
01	Ranitidina		Sonda Uretral nº			MA2.	
			Sterydrem ml				
			Torneirinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
	Agulha desc. 28 x 28		Latese				
	Agulha desc. 3 x 4,5		Folha de látex				
01	Agulha p/ raque nº 25		Folha de látex				
0.5	Álcool de Enfermagem		Folha de látex				
	Álcool Iodado ml						
	Ataduras de Crepon						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						
					EQUIPAMENTOS		
					<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxícapiógrafo <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico		
					CIRCULANTE RESPONSÁVEL		
					Maria Milena E. B. da Nobrega TÉCNICA DE ENFERMAGEM COREN 22.001.227.000		

ORTOMITEC IND. E COM. LTDA
 Rd. 47/000 - Lote 18/001365
 FIZADOR LAY F. C. BARBOSA
 FIZADOR EXTERNO LAY F. C. BARBOSA
 Registro ANVISA: 1023710055
 Resp. Técnica: CARLOS M. NAKAMURA / CREA N. 050 626973
 MA2 7350
 Val. 10/07/2023
 EXTERNO R
 10/07/2019



Nome do Paciente <i>Irenaldo Marguel de Silve</i>		Nº Prontuário	
Data da Operação <i>10/03/19</i>	Enf.	Leito	
Operador <i>Dr. Fernando Gomes</i>	1º Auxiliar		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Tipo de Anestesia <i>Raqui</i>		
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura Exposta Diáfise do fêmur Esquerdo + lesão de partes Moles</i>			
Tipo de Operação <i>Limpeza cirúrgica + fixação externa do fêmur Esquerdo</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras
<p>Paciente em DPH sob anestesia psíquica + analgésica achado de ferimento extenso do joelho esquerdo e perna esquerda com aspecto mutilante na coxa esquerda limpeza cirúrgica com soro fisiológico abundante e desbridamento de tecidos denitizados, com alta contaminação pedicula indireta da fratura do fêmur esquerdo e fixação externa com fixador linear. Sutura dos ferimentos limpeza com soro fisiológico curativo estéril</p>

DR. JOSE CARLOS GOMES
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 8121

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO 1849387																																																																																																			
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Jacinto Marques Silva			IDADE 31	SEXO M	COR B																																																																																																			
DATA 10/3/19	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA																																																																																																				
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS																																																																																																				
URINA																																																																																																										
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		BRONQUITE																																																																																																			
AP. CIRCULATÓRIO					ELETROCARDIOGRAMA																																																																																																					
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO																																																																																																					
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES																																																																																																				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO					ESTADO FÍSICO	RISCO																																																																																																				
ANESTESIAS ANTERIORES																																																																																																										
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO																																																																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>AGENTES ANESTÉSICOS</th> <th>O₂</th> <th>LIQUIDOS</th> <th>CÓDIGOS</th> <th>VP. ARTERIAL: O. PULSO: O. RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O. OPERAÇÃO</th> <th>INDUÇÃO</th> <th>MANUTENÇÃO</th> <th>DESPERTAR</th> <th>CONDIÇÕES:</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4g/ml</td> <td></td> <td>500</td> <td></td> <td>SpO₂ 99%</td> <td>Satisf.: <input checked="" type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/> Tosse: <input type="checkbox"/></td> <td>Baqi/4-s</td> <td>Reflexos na SO: <input checked="" type="checkbox"/></td> <td rowspan="2">Baqui/4-s g 625 Seclag</td> </tr> <tr> <td>5g/ml</td> <td>500</td> <td></td> <td>ECG cont = 17s</td> <td></td> <td>Laríngeo esparmo: <input type="checkbox"/> Lenta: <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Obstr.: <input type="checkbox"/> Co₂: <input type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>5g/ml</td> <td>500</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>5g/ml</td> <td>500</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Outros: <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td>Outros: <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="4">ANESTESIA SATISF. <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="4">Não, por quê? <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="4">Com cânula: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="4">PARO O LEITO <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="4">CÂNULAS</td> </tr> <tr> <td colspan="5"></td> <td colspan="4">PERDA SANGÜÍNEA</td> </tr> </tbody> </table>									AGENTES ANESTÉSICOS	O ₂	LIQUIDOS	CÓDIGOS	VP. ARTERIAL: O. PULSO: O. RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O. OPERAÇÃO	INDUÇÃO	MANUTENÇÃO	DESPERTAR	CONDIÇÕES:	4g/ml		500		SpO ₂ 99%	Satisf.: <input checked="" type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/> Tosse: <input type="checkbox"/>	Baqi/4-s	Reflexos na SO: <input checked="" type="checkbox"/>	Baqui/4-s g 625 Seclag	5g/ml	500		ECG cont = 17s		Laríngeo esparmo: <input type="checkbox"/> Lenta: <input type="checkbox"/>		Obstr.: <input type="checkbox"/> Co ₂ : <input type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/>	5g/ml	500				Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>		Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>		5g/ml	500				Outros: <input type="checkbox"/>		Outros: <input type="checkbox"/>							ANESTESIA SATISF. <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não									Não, por quê? <input type="checkbox"/>									Com cânula: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não									PARO O LEITO <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não									CÂNULAS									PERDA SANGÜÍNEA			
AGENTES ANESTÉSICOS	O ₂	LIQUIDOS	CÓDIGOS	VP. ARTERIAL: O. PULSO: O. RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O. OPERAÇÃO	INDUÇÃO	MANUTENÇÃO	DESPERTAR	CONDIÇÕES:																																																																																																		
4g/ml		500		SpO ₂ 99%	Satisf.: <input checked="" type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/> Tosse: <input type="checkbox"/>	Baqi/4-s	Reflexos na SO: <input checked="" type="checkbox"/>	Baqui/4-s g 625 Seclag																																																																																																		
5g/ml	500		ECG cont = 17s		Laríngeo esparmo: <input type="checkbox"/> Lenta: <input type="checkbox"/>		Obstr.: <input type="checkbox"/> Co ₂ : <input type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/>																																																																																																			
5g/ml	500				Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>		Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/>																																																																																																			
5g/ml	500				Outros: <input type="checkbox"/>		Outros: <input type="checkbox"/>																																																																																																			
					ANESTESIA SATISF. <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																																																																																					
					Não, por quê? <input type="checkbox"/>																																																																																																					
					Com cânula: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não																																																																																																					
					PARO O LEITO <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não																																																																																																					
					CÂNULAS																																																																																																					
					PERDA SANGÜÍNEA																																																																																																					
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					<p>neox. 0,5% durax 0,5% neurexon 4.</p> <p>neox. 0,5% durax 0,5% neurexon 4.</p> <p>neox. 0,5% durax 0,5% neurexon 4.</p>																																																																																																					
POSICÃO					CÂNULAS																																																																																																					
AGENTES					CÂNULAS																																																																																																					
TÉCNICA					CÂNULAS																																																																																																					
OPERAÇÃO					CÂNULAS																																																																																																					
CIRURGIOS					CÂNULAS																																																																																																					
ANESTESISTAS					CÂNULAS																																																																																																					
OBSERVAÇÕES					CÂNULAS																																																																																																					

NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.

PERDA SANGÜÍNEA

FOLHA DE ANESTESIA - 0000



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Receituário Simples

Irenalda Marques de Silve

Fisioterapeuta Mestr

H.O: Fx fêmur E

Obs: Carga parcial liberada

MOD. 001

31/03/19
Data

Médico





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) SR. (A): João Luiz Marques
da Silva PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 572 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 10/03/17 A 31/03/17 NECESSITANDO DE
90 (noventa) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.
Campina Grande 31/03/17

Ass. do médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do paciente ou responsável

MOD. 060





Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Esperança

Processo: 0801792-70.2019.8.15.0171

AUTOR: IRENALDO MARQUES DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Vistos, etc.

Intime-se a parte autora - via Advogado - para, no prazo de 15 (quinze) dias, emendar a inicial, juntando aos autos a Guia de Custas Prévias, documento de apresentação obrigatória quando do protocolamento da ação.

Esperança, **data e assinatura eletrônicas.**

Iêda Maria Dantas
Juíza de Direito em substituição





Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Esperança

Processo: 0801792-70.2019.8.15.0171

AUTOR: IRENALDO MARQUES DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Vistos, etc.

Intime-se a parte autora - via Advogado - para, no prazo de 15 (quinze) dias, emendar a inicial, juntando aos autos a Guia de Custas Prévias, documento de apresentação obrigatória quando do protocolamento da ação.

Esperança, **data e assinatura eletrônicas.**

Iêda Maria Dantas
Juíza de Direito em substituição



Wamberto Balbino Sales

Emmanuel Saraiva Ferreira

Rua Floriano Peixoto 4519

Malvinas- Campina Grande-PB

Tel.: (84) 9.9991-1313

EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (ÍZA) DE DIREITO DA 2ª. VARA CÍVEL DA COMARCA DE ESPERANÇA- PB.

AUTOS Nº 0801792.70.2019.815.0171

IRENALDO MARQUES DA SILVA, já devidamente qualificada, por seu procurador, nos autos da presente **AÇÃO DE COBRANÇA**, que move em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGUROS DPVAT S/A**, vem à presença de Vossa Excelência, apresentar **emenda à petição inicial**, nos termos do art. 284 do Código de Processo Civil, conforme despacho retro.

Que informar o Autor que já foi juntado aos Autos a Guia de Custas Previas. Documento de apresentação obrigatória do protocolamento da ação.

Portanto, vem emendar com as informações necessária para dar prosseguimento ao curso do processo, Requerendo o seguinte:

- I. Seja considerada a presente emenda.
- II. Requer que seja dado prosseguimento ao feito.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.



Campina Grande – PB, em 20 de setembro de 2019


EMMANUEL SARAIVA FERREIRA

OAB/PB 16.928





 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 017.0.19.00813/01
Nº do Processo:	Comarca: Esperança	Classe Processual: ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	Data de emissão: 20/09/2019
Número da guia: 017.2019.600813 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/09/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 101,16 Promovente: IRENALDO MARQUES DA SILVA - Taxa Judiciária: R\$ 50,58 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A - Despesas processuais com mandados: R\$ 99,14 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,58
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 264,23
			Desconto total: R\$ 0,00
866500000025 642309283181 520190930013 701900813018 			Valor final: R\$ 264,23

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 017.0.19.00813/01
Nº do Processo:	Comarca: Esperança	Classe Processual: ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	Data de emissão: 20/09/2019
Número da guia: 017.2019.600813 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/09/2019
Promovente: IRENALDO MARQUES DA SILVA Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A			UFR vigente: R\$ 50,58
Detalhamento: - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Cartas: R\$ 12,00 - Despesas processuais com mandados: R\$ 99,14 - 1x Intimação (MONTADAS (MUNICIPIO)): R\$ 99,14			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 264,23
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 264,23

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 017.0.19.00813/01
Nº do Processo:	Comarca: Esperança	Classe Processual: ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	Data de emissão: 20/09/2019
Número da guia: 017.2019.600813 Tipo da Guia: Custas Prévias			Data de vencimento: 30/09/2019
Detalhamento: - Custas Processuais: R\$ 101,16 Promovente: IRENALDO MARQUES DA SILVA - Taxa Judiciária: R\$ 50,58 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A - Despesas processuais com mandados: R\$ 99,14 - Taxa bancária: R\$ 1,35			UFR vigente: R\$ 50,58
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 264,23
			Desconto total: R\$ 0,00
866500000025 642309283181 520190930013 701900813018 			Valor final: R\$ 264,23





Poder Judiciário do Estado da Paraíba
Tribunal de Justiça
Sistema de Custas Online

Guia de Custas Prévias

Nº Guia: 017.2019.600813

Data Vencimento: 30/09/2019

Data Emissão: 20/09/2019

Comarca: Esperanca

Classe: ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65

Promovente: IRENALDO MARQUES DA SILVA

Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Valor da Causa: R\$ 1.000,00

Despesas Processuais: R\$ 111,14

Custas: R\$ 101,16

Taxa: R\$ 50,58

Total da Guia: R\$ 262,88

Certifico que os dados referentes a comarca, classe, partes, valor da causa e diligências constantes na guia de custas online conferem com os dados constantes na petição inicial, conforme as leis 5.672/92 e 6.688/98.

Servidor

APRESENTAÇÃO OBRIGATÓRIA QUANDO DO PROTOCOLAMENTO DA AÇÃO.





Poder Judiciário da Paraíba
2ª Vara Mista de Esperança

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801792-70.2019.8.15.0171

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro os benefícios da justiça gratuita.

Em que pese o contido no art. 334, do CPC, tem-se que a prática forense tem revelado que a demandada não costuma promover autocomposição, antes da realização da prova pericial.

Desse modo, torna-se infrutífera a designação de audiência de conciliação, quando já visualizada a sua não realização. Ademais, a designação desse ato, quando improvável a sua realização, atenta frontalmente contra o princípio da celeridade processual. Assim, deixo de designar a dita audiência.

Nesse passo, CITE-SE o réu para que, no prazo de 15 (quinze) dias, apresente resposta.

Esperança/PB, data e assinatura eletrônicas.

IÊDA MARIA DANTAS

Juíza de Direito





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA
2ª Vara Mista de Esperança

PROCESSO Nº 0801792-70.2019.8.15.0171

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
[ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: IRENALDO MARQUES DA SILVA

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CITAÇÃO - INTIMAÇÃO

De ordem da MM. Juíza de Direito desta Comarca, Dra. Iêda Maria Dantas, estamos citado o réu, SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, para que, no prazo de 15 (quinze) dias (art. 183 c/c art. 335, ambos do CPC), apresente resposta. Bem como, intimando-o de todo conteúdo do despacho inicial cuja cópia segue em anexo.

RENATA CRISTINA MARTINS H LEITE

SERVIDORA MATRÍCULA

472676-6

