

## 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 Sítio 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

Irenaldo Marques da Silva  
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 Sitio 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 pagará 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 Juizo, da causa, firmados na clausula- *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, deverá 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 duvidas, 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

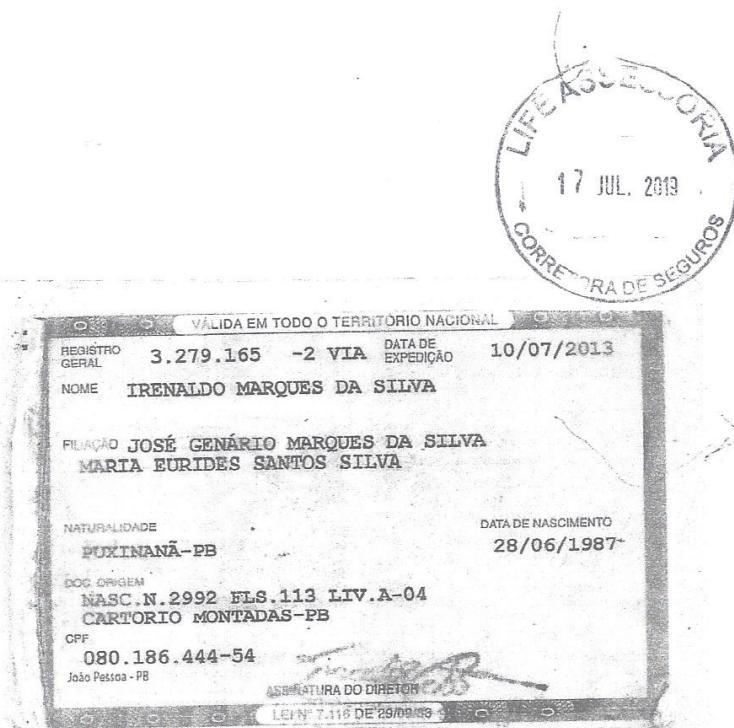
Contratante: Irenaldo marques da silva

Contratado: \_\_\_\_\_

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
CPF nº \_\_\_\_\_

Testemunhas: \_\_\_\_\_  
CPF nº \_\_\_\_\_





Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 10/09/2019 18:55:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091018552776800000023529480>  
Número do documento: 19091018552776800000023529480

Num. 24299627 - Pág. 1

MARIA EURIDES DOS SANTOS SILVA  
ST MONTADAS, S/N - ÁREA RURAL  
MONTADAS / PB CEP: 58140-002 (AG. 71)

Ligação: MONOFASICO  
Cis/Sob: RES MTC S1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Rotero: 8-75-460-2660 Referência: Mar/2018  
Medidor: 00008770983 Emissão: 14/03/2019



ENERGISA PARCEIRO DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br/230, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa/PB - CEP: 58071-690  
CNPJ: 09.695.193/0001-40 ICP-Br: 16.015.823-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica NRC 01795.702  
Céd. para Débito Automático: 00912096231

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energis.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 nac 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 12/02/19	Data 14/03/19	Leitura 2042		
<b>Demonstrativo</b>				
CCI Descrição Quantidade Tarifa I Valor Base/Cofre Aliq. Iota/R\$ Base/Cofre Pg(R\$) Cofre(R\$)				
0801 Consumo em kWh	46.000 0.828540	38.11 38.11 26	9.52 38.11 0.40	1.87
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	0.43 0.00 0	0.00 0.00 0.00	0.00 0.00 0.00	
0804 JUROS DE MOFA 02/2019	0.09 0.00 0	0.00 0.00 0.00	0.00 0.00 0.00	
0805 MULTA 02/2019	0.79 0.00 0	0.00 0.00 0.00	0.00 0.00 0.00	

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 48,42 38,11 0,52 38,11 0,40 1,87
Tarifa/ Tributos 0,571770
<b>Média últimos meses (kWh)</b>
<b>VENCIMENTO</b>
<b>21/03/2019</b>
<b>TOTAL A PAGAR</b>
<b>R\$ 48,42</b>

Histórico de Consumo (kWh)

45 | 39 | 37 | 103 | 99 | 93 | 80 | 113 | 113 | 79 | 46 | 48  
Mar/18 Abr/19 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Feb/19

**RESERVADO AO FISCO**

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

Composição do Consumo

**Indicadores de Qualidade**

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIMENSAL	8,27	0,60	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	12,54		220
DIC ANUAL	25,68		
FIGURINAL	3,38	0,00	CONTRATADA
FIG TRIMESTRAL	8,72		LIMITADOR
FIGUREIRA	13,45	0,00	LIMITADOR SUPERIOR
DMIC	2,21		220
TIPI	12,44		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição Energia PB	8,34	17,53
Compra de Energia	12,32	25,71
Serviço de Transmissão	1,45	2,92
Encargos Sistêmicos	2,47	4,98
Impactos Diretos e Encargos	20,16	45,84
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>48,42</b>	<b>100,00</b>

Identificador: USD/Ref: 11309123-151

**ATENÇÃO**

**Faturas em atraso**

- Leitura confirmada



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

Num. 24299628 - Pág. 1



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. Áí 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; 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.

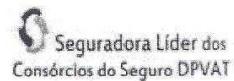
*Irinaldo Marques da Silva*

Notificante

Vassili S. Barinov Gurgel  
Comissário de Polícia



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242283/19

**Vítima:** IRENALDO MARQUES DA SILVA

**CPF:** 080.186.444-54

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/03/2019

**Titular do CPF:** IRENALDO MARQUES DA SILVA

**Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

31910433517

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 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  
CPF: 614.058.096-04



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 10/09/2019 18:55:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091018552999800000023529484>  
Número do documento: 19091018552999800000023529484

Num. 24299631 - Pág. 1

## 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: <b>0242293/19</b>	CPF da vítima: <b>080.186.444-54</b>	Nome completo da vítima: <b>IRONILDO MANDRAS DA SILVA</b>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <b>IRONILDO MANDRAS DA SILVA</b>		CPF: <b>080.186.444-54</b>		
Profissão: <b>AGRICULTOR</b>	Endereço: <b>Sítio MONDAS</b>	Número: <b>S/Nº</b>	Complemento: <b>Sítio</b>	
Bairro: <b>ZONA RURAL</b>	Cidade: <b>MONDAS</b>	Estado: <b>PARANÁ</b>	CEP: <b>58.145-000</b>	Tel.(DDD): <b>(43) 99829-8855</b>
E-mail:				

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDIMENTO:**

RECUZO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **5683** **9** CONTA: **6493** **9**  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

**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

**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 Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data: **Juiz de Fora 37/07/2019**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 (\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
**Xgualdo mandrás da Silva**

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura

**LÍDER ASSOCIADA**  
**17 JUNHO 2019**  
**CORRETORA DE SEGUROS**

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.

!O 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 Elonardo Marques da Silva  
 DATA DO ACIDENTE 10.03.2019 CPF DA VÍTIMA 080.186.444-54

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É Elonardo Marques da Silva  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio Montadas  
 Nº S/nº COMPLEMENTO Sítio BAIRRO Zona Rural  
 CIDADE Pontal UF RN CEP 58445-000  
 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 CONFIRMEM 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 CONFIRMEMOS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Morte = R\$ 13.500,00</li> <li><input type="checkbox"/> 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 16.194/74.</li> <li><input type="checkbox"/> DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA</li> <li>• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COM OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO</li> <li>• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE <a href="http://www.dpvatsegurodotransito.com.br">www.dpvatsegurodotransito.com.br</a> OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 012 1204</li> </ul> |
|--|---|

## 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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 14-07-2019IDENTIDADE 3.291.655-8DATA 17 JUL 2019NOME Emmanuel Saraiva FerreiraASSINATURA Emmanuel Saraiva FerreiraASSINATURA Seguro DPVAT

**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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE 0041749440030 DENATRAN

**DETAN - PB** Nº 014201468786  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
P.R.T. 2018000413044-1

VIA	CÓD. RENAVAM	H.N.R.C.	EXERCÍCIO
1	0086351265-8	00/00000000	2018
NOME REINALDO ANTONIO DOS SANTOS			
CPF / CNPJ	PLACA		
22592979867	MYP7198/PB		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
MYP7198 RN	9C6KE044050131366		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS / MOTOCICLE / NAO APLIC	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB. ANO MOD.		
YAMAHA / YBR 125K	2005 2005		
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/124 /CI	PARTIC	VERMELHA	
I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
	00/00/0000	1 <sup>a</sup>	
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2 <sup>a</sup>	
*****	0	3 <sup>a</sup>	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	PAGO	04/09/2018
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATÓRIO			
NÃO VALIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
PUXINANA-PB	LOCAL	DATA	10/09/2018
32875		11363	

Denatran-Governo do Estado da Paraíba

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO  
2018 10/09/2018

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	22592979867	MYP7198/PB
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00863512658	YAMAHA / YBR 125K	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI
2005	9	9C6KE044050131366
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
*****	SEGURO	PAGO
PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	04/09/2018	
<input type="checkbox"/> PARCELADO		

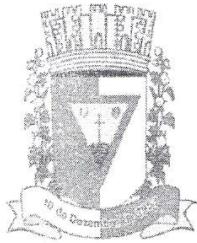
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MAP / 2018

11363-1143020-20180910





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



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 10/09/2019 18:55:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091018553259100000023529487>  
Número do documento: 19091018553259100000023529487

Num. 24299634 - Pág. 1

**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ**

NCIA

15

2

三

13

10

VII

三

A

200

۴۷

100

100

卷之三

100

卷之三

1

Eur

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

## **EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS**

n. 24299637 - Pág. 1





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

1 SAMU

### Ficha de Acolhimento

Nome:	<i>Ismael dos Prazeres da Silveira</i>	Bairro:	<i>Recinhos</i>
End:	<i>Rua Rio Muniz</i>	Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	<i>31/03/1982</i>	Data do Atend:	<i>10/09/19</i>
Queixa:	<i>AC: dor</i>	Hora:	<i>3:21</i>
Documento:			
Acidente de trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	

### Moto

### Classificação de Risco

Nível de consciência:  Bom  Regular  Baixo Aspecto:  Calmo  Fáceis de dor  Gemente

Frequência respiratória:

Frequência cardíaca:

Pressão arterial:

Temperatura axilar:

Mucosas:

Normocorada  Pálida

Dosagem de HGT:

Deambulação:  Livre  Cadeira de rodas  Maca

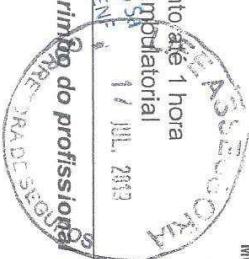
### Estratificação

MOD. 110

Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

11 JUL. 2013



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			
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				2 - CNES <b>2362856</b>			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				4 - CNES <b>2362856</b>			
<b>Identificação do Paciente</b> 5 - NOME DO PACIENTE <b>IRENALDO MARQUES DA SILVA</b>				6 - N° DO PRONTUÁRIO <b>1849391</b>			
7 - CARTÃO DO SUS <b>706109892989530</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>28/06/1987</b>		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <b>MARIA EURIDES DOS SANTOS SILVA</b>				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD <b>83</b> N° DE TELEFONE <b>987911730</b>			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°,BAIRRO) <b>SITIO MONTADAS , 0 , ZONA RURAL</b>							
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Montadas</b>		14 - CÓD.IBGE MUNICÍPIO <b>250950</b>		15 - UF <b>PB</b>	16 - CEP <b>58145000</b>		
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Dor, se tornou dada e permanente</i> <i>e um dia</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de TTO cirúrgico.</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS(RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>PX</i> <i>Exame urinário</i>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Exame urinário</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>		28 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		29 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016296938549</b>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>WAGNER DE MELO FALCAO</b>				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>10/03/2019</b>		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Wagner Falcao</i>	
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO							
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO							
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA							
37 - N° DO BILHETE							
38 - SÉRIE							
39 - CNPJ EMPRESA							
40 - CNAE DA EMPRESA							
41 - CBOR							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADOR		43 - ( ) AUTÔNOMO		44 - ( ) DESEMPREGADO		45 - ( ) APOSENTADO	
						46 - ( ) NÃO SEGURADO	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>							
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				48 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
50 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF				51 - N° DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>				53 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			

28/03/2019

HTCG-Painel Administrativo

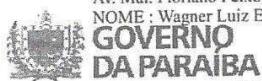
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB.  
NOME : Wagner Luiz Egito De Araujo

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

Diagnóstico Pré-Operatório:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA DE FERMUR

Data da

Cirurgia: 28/03/2019

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 CIRÚRGICOS  
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 FREAS N° 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





## **Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica**

Paciente:	Fernando Marques da Silva	Idade:	51
Convênio:	SUS	Data:	28/03/19
Procedimento:	tto cirúrgico de fratura de fêmur		E
Cirurgião:	Dr Ricardo	Auxiliar:	Dr Júlio
		Anestesista:	Dr Wunderley
Início:	13:30	Término:	15:30
		Anestesia:	Rágua

**Observações:**

Per weiterende & erweiterte neuvermeintliche voluntaristische  
neuen. Sein gutes. Dkt da SPPA

**Assinatura Anestesista**

Circulante





Rua Ciclame, 86 - Jardim Atlântico - Olinda - PE  
CEP: 53.060-070 - [www.tmcirurgica.com.br](http://www.tmcirurgica.com.br)  
**Fone:** (81) 3431.4960 | 3429.1960 | 99452.1153

6899

**PEDIDO DE FATURAMENTO**

**NOSSO HOSPITAL**

## HOSPITAL DE TRAUMA

GRADE

TEL / FAX / E-MAIL:

**NOME DO PACIENTE**

TREN DO MARQUES DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº A1-H

## CÓD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

## PROCEDIMENTO REALIZADO

~~EST E1242 FOT MÉS MUR ESCUERIZO~~

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
HASTE DE FÉMUR BLOQUEADA 10x36		05	
TAMPA PARAF. DE BLOQUEIO DISTAL 1,5x40		05	
" " " " 1,5x50		05	
" " " " PROXIMAL 5x65		05	

**DATA DA UTILIZAÇÃO**

186230039

**DATA DA COMUNICAÇÃO**

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

DK:

## OBSEVAÇÕES

~~CAKA DE HASTE DE FÉMUR BLOQUEADA~~



**Dr. Euler Fabrício A. Cruz**  
**MR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA**  
**ESPECIALIZADO PB 9507**

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ANDRE

Embalagem Recida - Fone: (81) 39831-0833



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 10/09/2019 18:55:35

Assinado eletronicamente por: EMMANUEL CARAVAT PEREIRA - 10/09/2019 16:35:33  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091018553413500000023529492>

Número do documento: 19091018553413500000023529492

Núm. 24299639 - Pág. 3

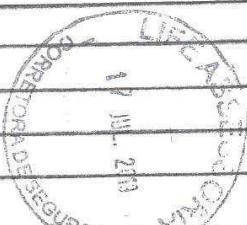
C = Contaminado

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <b>Irenaldo Marques da Silva. DN. 28/06/87</b>					 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO	
-	Sala 03	SUS	31a	1849387	
CIRURGIA	<b>Tratamento fratura de Timui (8)</b>		CIRURGÃO	<b>Dr. Renan</b>	
ANESTESIA	<b>Rogue + Sedacão</b>		ANESTESIA	<b>Dra. Isabellia</b>	
INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM		
<b>Costa</b>	<b>10/03/19</b>	<b>04:40</b>	<b>06:00</b>		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Bolsa Colostoma	Catgut cromado Sertix	
01		01	Calel. p/ Óxg.	Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Sertix	
01		05	Compressa Grande	Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		Compressa Pequena	Catgut Simples	
01		01	Cotonoides	Catgut Simples Sertix	
	Dimop. amp.		Dreno	Catgut Simples Sertix	
	Dolantina amp.		Dreno Kerr nº	Catgut Simples Sertix	
01	Efrane ml		Dreno Penrose nº	Cera p/ osso	
01	Fenegam amp.		Dreno Pezzer nº	Ethibond	
01	Fentanil ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	
01	Inova ml <b>Dormenid</b>		Equipo de Macrogotas	Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix	
	Mercaina % ml		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix	
	Nubahin amp.		Esparadrapo Larco cm	Fio de Algodão Sutupak	
01	Pavulon amp.		Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak	
01	Protigmine amp.	4.5	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fila cardíaca	
01	Protóxido l/m <b>Mercaina 0,5</b>	4.5	H <sub>2</sub> O ml	Mononylon	
	Quelcina ml		Intracath Adulto	Mononylon	
	Rapifen amp.		Intracath Infantil	Prolene Serfix	
	Thionembutal ml		Luvas 7.0	Prolene Serfix	
	Tracrium amp.		Luvas 7.5	Vicryl Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Qtd.	SOROS	
01		01	Lâmina de Bisturi nº 23	SG Normotérmico fr 500 ml	
01	Agua Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	SG Gelado fr 500 ml	
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Dipirona amp.		Luvas 7.0	SG Ringr fr 500 ml	
	Flaxidol amp.	81	Luvas 7.5	SG fr 500 ml	
	Flebotortid amp.		Luvas 8.0		
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.	4.0	Oxigênio l/m <b>3L/min</b>		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml	4.5	PVPI Degemante ml		
	Heparema ml		PVPI Tópico ml.	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE
	Kanakion amp.	4.5	Sabão Antiséptico		<b>Fixador externo</b>
	Lasix amp.	11	Saco coletor	10	<b>MA2.</b>
01	Medrotinazol	02	Seringa desc. 10 ml		
01	Plasil amp.	01	Seringa desc. 20 ml		
	Prolamina	01	Seringa desc. 05 ml		
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuplanon amp.		Sonda Foley	Qtd.	EQUIPAMENTOS
02	Cefalotina 1g <b>Antisseptico</b>		Sonda Nasogástrica		( <input checked="" type="checkbox"/> ) Oxímetro de Pulso      ( <input type="checkbox"/> ) Foco Auxiliar
01	Cefalotina 1g <b>Antisseptico</b>		Sonda Uretral nº		( <input type="checkbox"/> ) Serra      ( <input type="checkbox"/> ) Eletrocautério
	01 Ramotidina		Sterydrem ml		( <input checked="" type="checkbox"/> ) Desfibrilador      ( <input type="checkbox"/> ) Oxicapiógrafo
			Torneirinha		( <input checked="" type="checkbox"/> ) Foco Frontal      ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Cardiomonitor
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES				( <input checked="" type="checkbox"/> ) Fonte de Luz      ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Perfurador Elétrico
	Aguilha desc. 25 x 7		Vaselina ml		
	Aguilha desc. 28 x 28		Gelcon 18		
01	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	Latese		
01	Aguilha p/ raque nº 25	03	<b>Yoket nérulas</b>		
01	Alcool de Enfermagem	03	<b>Sacos p/ líquido</b>		
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metíleno amp.				
	Benzina ml				
					CIRCULANTE RESPONSÁVEL
					Maria Milena E. B. da Nobrega
					TEC. DE ENFERMAGEM
					CORPO 001 227 000



Nome do Paciente <i>Irenaldo Marguel de Silve</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>10/03/19</i>	Enf.	Leito
Operador <i>D. ferreira Genes</i>	1º Auxiliar	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia <i>Raqui</i>	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fratura exposta 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

Paciente em DPH sob anestesia  
pessoal + anestesiologista  
acesso de fêmur extenso do joelho  
esquerdo e perna esquerda com órbita  
multiforme na coxa esquerda  
limpeza cirúrgica sob visão lúgica  
abundante e desbridamento de tecidos  
denitratados com alta contaminação  
pedeira indireta da fratura do fêmur  
esquerdo e fixação externa com fíxator  
lúgica.  
Sutura dos ferimentos  
limpeza com soro fisiológico  
curativo estéril

DR. JOSE EDUARDO GOLES  
ORTOPEDICO - TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 9121

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO <i>1899387</i>
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME <i>Jenilda Marques Soha</i>			IDADE <i>31</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>B</i>
DATA <i>10/3/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO <i>—</i>					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO <i>deixado</i>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO <i>—</i>		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL <i>consciente</i>		ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Pneumonia - R. Mot</i>					ESTADO FÍSICO <i>III</i>	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES <i>Fx Cr de peuna E</i>							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS <i>O<sub>2</sub> 4% Etmo</i>	INDUÇÃO						
LÍQUIDOS <i>infuso 500 soda 500 sot 500</i>	Satisf.: <input checked="" type="checkbox"/> Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo esparso: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____						
COGOS VP. ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO <i>SpO<sub>2</sub> 98% ECG cont + 195</i>	MANUTENÇÃO <i>Baqui 4-s g 625 + Sedação</i>						
POSição <i>AM</i>	ANESTESIA SATISF. Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não _____ Não, por quê? _____						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES <i>geoc. O. si. dinaf. O.L. neurolept. i.</i>	DESPERTAR Reflexos na SO: <input checked="" type="checkbox"/> Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____						
AGENTES <i>pentoxifilin</i>	CONDIÇÕES: <i>Regulares - d.p.</i>						
TÉCNICA <i>Baqui anest. + Sed</i>	CÂNLUSAS <input checked="" type="checkbox"/>						
OPERAÇÃO <i>Cr enargio - Fx Cr peuna</i>							
CIRURGIOS <i>Dr Wagner</i>							
ANESTESISTAS <i>J. Soha</i>							
OBSERVAÇÕES							
NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA		





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

Receituário Simples

Irenilda Marques de Souza

Fisioterapeuta Motriz

H.O.: Fix femur E

Obs: Carga percutânea liberada

MOD. 001



31/12/17  
Data

Médico





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

### ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINOS QUE O (A) SR. (A): Irenais Marques  
Dr Silver PORTADOR (A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº.

SÉRIE \_\_\_\_\_ ESTEVE INTERNADO (A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 522 NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE 10/03/17 A 31/03/17 NECESSITANDO DE  
90 (noveenta) 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*



Assinado eletronicamente por: IEDA MARIA DANTAS - 18/09/2019 15:38:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909110845183700000023534988>  
Número do documento: 1909110845183700000023534988

Num. 24305438 - Pág. 1



**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*



Assinado eletronicamente por: IEDA MARIA DANTAS - 18/09/2019 15:38:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1909110845183700000023534988>  
Número do documento: 1909110845183700000023534988

Num. 24578433 - Pág. 1

**BALBINOS CONSULTORIA JURÍDICA**

**Wamberto Balbino Sales**

**Emmanuel Saraiva Ferreira**

**Rua Floriano Peixoto 4519**

**Malvinas- Campina Grande-PB**

**Tel.: (84) 9.9991-1313**

**EXCELENTESSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (ÍZA) DE DIREITO DA 2ª. VARA  
CIVEL 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**





Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 20/09/2019 09:40:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092009401763000000023812311>  
Número do documento: 19092009401763000000023812311

Num. 24599269 - Pág. 2

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via da parte)
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Número do boleto:</b> 017.0.19.00813/01
	Esperança	ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	<b>Data de emissão:</b> 20/09/2019
<b>Número da guia:</b> 017.2019.600813 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 30/09/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 101,16 <b>Promovente:</b> IRENALDO MARQUES DA SILVA - Taxa Judiciária: R\$ 50,58 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Despesas processuais com mandados: R\$ 99,14 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,58
			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 264,23
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
 <p>866500000025 642309283181 520190930013 701900813018</p>			<b>Valor final:</b> R\$ 264,23

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

 <p><b>Poder Judiciário do Estado da Paraíba</b>  Guia de Recolhimento de Custas e Taxas  Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98</p>			(Via do banco)
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Número do boleto:</b> 017.0.19.00813/01
	Esperança	ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	<b>Data de emissão:</b> 20/09/2019
<b>Número da guia:</b> 017.2019.600813 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>Data de vencimento:</b> 30/09/2019
<b>Detalhamento:</b> - Custas Processuais: R\$ 101,16 <b>Promovente:</b> IRENALDO MARQUES DA SILVA - Taxa Judiciária: R\$ 50,58 - Despesas processuais postais: R\$ 12,00 - Despesas processuais com mandados: R\$ 99,14 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,58
			<b>Conta FEJPA:</b> 1618-7/228.039-6
			<b>Parcela:</b> 1/1
			<b>Valor total:</b> R\$ 264,23
			<b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
 <p>866500000025 642309283181 520190930013 701900813018</p>			<b>Valor final:</b> 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 PROTOCOLOAMENTO DA AÇÃO.**



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 20/09/2019 09:40:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19092009401887500000023812321>  
Número do documento: 19092009401887500000023812321

Num. 24599281 - Pág. 2



**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**



Assinado eletronicamente por: IEDA MARIA DANTAS - 20/02/2020 21:36:59  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021913184069100000027421439>  
Número do documento: 20021913184069100000027421439

Num. 28438519 - Pág. 1



**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



Assinado eletronicamente por: RENATA CRISTINA MARTINS HENRIQUES - 27/03/2020 12:23:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20032712235371900000028368123>  
Número do documento: 20032712235371900000028368123

Num. 29463774 - Pág. 1