



Número: **0801792-70.2019.8.15.0171**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Esperança**

Última distribuição : **10/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IRENALDO MARQUES DA SILVA (AUTOR)		EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
24299619	10/09/2019 18:57	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
24299624	10/09/2019 18:57	<a href="#">INICIAL</a>	Outros Documentos
24299625	10/09/2019 18:57	<a href="#">PROCURAÇÃO, DECLARACAO</a>	Outros Documentos
24299627	10/09/2019 18:57	<a href="#">DOCUMENTO PESSOAL</a>	Outros Documentos
24299628	10/09/2019 18:57	<a href="#">COMPROVANTE DE ENDEREÇO</a>	Outros Documentos
24299629	10/09/2019 18:57	<a href="#">B.O</a>	Outros Documentos
24299631	10/09/2019 18:57	<a href="#">SOLICITAÇÃO DE SEGURO DPVAT, PROCESSO ADMINISTRATIVO-otimizado_1</a>	Outros Documentos
24299632	10/09/2019 18:57	<a href="#">SOLICITAÇÃO DE SEGURO DPVAT, PROCESSO ADMINISTRATIVO-otimizado_2</a>	Outros Documentos
24299633	10/09/2019 18:57	<a href="#">DOCUMENTO DA MOTO</a>	Outros Documentos
24299634	10/09/2019 18:57	<a href="#">DECLARACAO DO SAMU</a>	Outros Documentos
24299637	10/09/2019 18:57	<a href="#">PRONTUÁRIOS-otimizado_1</a>	Outros Documentos
24299639	10/09/2019 18:57	<a href="#">PRONTUÁRIOS-otimizado_2</a>	Outros Documentos
24299645	10/09/2019 18:57	<a href="#">PRONTUÁRIOS-otimizado_3</a>	Outros Documentos
24305438	18/09/2019 15:38	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
24578433	19/09/2019 15:04	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
24599269	20/09/2019 09:40	<a href="#">Petição</a>	Petição
24599281	20/09/2019 09:40	<a href="#">GuiaCustas IRENALDO MARQUES DE SILVA</a>	Outros Documentos
28438519	20/02/2020 21:36	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
29463774	27/03/2020 12:23	<a href="#">Expediente</a>	Expediente

EM ANEXO





**BALBINOS CONSULTORIA  
JURÍDICA**

**Wamberto Albino Sales  
Emmanuel Saraiva Ferreira  
Rua Floriano Peixoto 4519  
Malvinas- Campina Grande-PB  
Tel.: (84) 9.9991-1313**

Exmo. (a). Sr.(a) Dr.(a) Juiz (a) de Direito da Vara Cível da Comarca de  
ESPERANÇA- Estado da Paraíba.

**IRENALDO MARQUES DA SILVA**, brasileiro (a), solteiro (a), agricultor,  
portador (a) do RG nº 3.279.165 SSP/PB e inscrito (a) no CPF/MF sob o nº  
080.186.444-54, podendo ser intimado (a) no (a) Sítio Montadas, nº.s/n, Zona  
Rural- MONTADAS-PB CEP 58.140.000, intermédio de seus procuradores que  
esta subscreve, com escritório profissional localizado no endereço acima em  
epígrafe, onde deverá receber as intimações, vem perante V. Ex<sup>a</sup>, propor o  
presente:

***AÇÃO DE COBRANÇA, c/c, REPARAÇÃO DE DANOS MATERIAIS.***

Contra: **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT  
S/A**, inscrita no CNPJ de nº 09.248.608/0001-04, podendo ser citada através  
de seu representante legal na Av. Treze De Maio nº 74, 2º andar, Edifício  
Darke, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20031-902, expondo e requerendo  
ao final o seguinte:

**Ab Initio**

Requer inicialmente a Justiça Gratuita de tal forma a poder ter acesso à  
Justiça e fazer valer o direito de igualdade.

Douto Julgador, é sabido que para que tenha eficácia o pedido de  
assistência judiciária gratuita, **nada basta além do simples pedido**, expondo a  
impossibilidade do constituinte em custear as despesas processuais, proferido  
em petição inicial, conforme preceitua a Lei de n.º 1.060, de 05.02.1950 e do  
Código de Processo Penal em seu art. 4º *caput*.



*Assim, procura-se evitar que alguém tenha frustrada a busca ou a defesa de seus direitos em decorrência de sua condição social, ou por insuficiência de meios econômicos. Em resumo, a prestação de assistência judiciária visa a assegurar duas garantias fundamentais: a igualdade de todos e o acesso à Justiça.*

#### 1. **SINOPSE DOS FATOS:**

O (a) Autor (a) foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 10 de MARÇO de 2019, por volta das 02h00min, enquanto transitava em sua motocicleta YAMAHA YBR 125 K , ano e modelo 2005 de placa MYP-7198-PB, licenciada em nome de REINALDO ANTONIO DOS SANTOS, em via urbana do Sítio Mariz preto, quando sofreu uma colisão envolvendo um veículo de marca e motorista não identificado que vinha em sua direção, que após a colisão o mesmo veio a cair no solo sofrendo fratura do fêmur da perna esquerda, que foi socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Traumas de Campina Grande, onde foi submetido aos devidos procedimentos médicos de urgência, conforme se faz prova através de documentos em anexo.

Devido as gravidades das lesões, o (a) Requerente fora submetido (a) a intervenções médicas devido a **FRATURA DO FEMUR ESQUERDO**, cuja seqüelas comprometem as funções do (s) membro (s) em comento, dentre outras complicações físicas, conforme prontuário médico, em anexo.

**Esclarece a parte promovente que ao beneficiário caberá ter apenas dois caminhos para dar entrada no DPVAT:**

**Primeiro- O beneficiário poderá se dirigir até uma agencia dos Correios e Telégrafos para entregar o seu requerimento.**

**Segundo- Terá que se dirigir até uma das seguradora conveniadas na cidade de JOÃO PESSOA-PB, onde também poderá entregar os documentos para serem remetidos a Seguradora Lider.**

Devido ao fato do sinistro em tela, decorrer de acidente de transito a parte promovente requereu administrativamente, seguro – DPVAT, **SINISTRO N.3190433517**, tendo enviado a documentação para Seguradora Líder, sendo que, após análise administrativa, agindo de forma unilateral a promovida teria realizado uma prova pericial, tendo liberado o valor de **R\$ 2.362.50**, sem que a parte requerente tivesse qualquer acesso ao meio, forma, a pericia onde ate mesmo o perito é custeado pela autarquia ré.

Ressalte-se Douto Julgador, que a parte requerente fora submetida a uma avaliação unilateral, realizada por perito custeado pela requerida que realizado um exame sem ofertar ao beneficiário qualquer possibilidade de ter acesso ao meio como fora confeccionado , produzido o documento que em tese alicerça o pagamento administrativo liberado em favor do promovente.





Ora Douto Magistrado, tratando-se de seguro DPVAT, o beneficiário deve ingressar com o pedido de indenização junto a Requerida, podendo ocorrer três hipóteses:

Primeiro- A documentação é recepcionada pela seguradora, ocorrendo a perícia por médicos pagos e indicados pela autarquia. Posteriormente, é liberado de forma unilateral quantum em favor da vítima;

Segundo- O processo é recepcionado pela seguradora onde os analistas entendem que a documentação não se encontra dentro dos critérios criados pela Seguradora dos Consórcios do Seguros DPVAT, entenda-se: “exigências” não inseridas ou contidas na Lei nº 6.194/74, e ficam suspensos até o cumprimento da “pendência” administrativa;

Terceiro- A requerida analisa e decide NEGAR/INDEFERIR o processo administrativo, não tendo a vítima conhecimento do teor do indeferimento, visto que a “decisão” é interna e o mais grave ainda é que, na via administrativa não se tem a quem recorrer. Essas são as três principais correntes e linhas para concessão ou não do seguro DPVAT, em nosso país.

A situação da parte promovente se enquadrou no primeiro caso retro citado.

## **2. DA OBSCURIDADE QUANTO AVALIAÇÃO EM FAÇE AOS VALORES PAGOS A PARTE AUTORA VIA ADMINISTRATIVA.**

No caso sob júdice, ocorreu pagamento via administrativa sendo que, os meios quanto a avaliação da invalidez, não retrata, a debilidade permanente suportado pelo requerente, em decorrência do dano produzido em decorrência do acidente de trânsito.

O pagamento da indenização deveria obedecer os ditames legais firmados no art. 31, II da Lei nº 11.945/2009, onde define que deveria ser realizado prova pericial, devendo ser graduada a invalidez, o que em tese revogou o art. 3º “b”, da Lei 6.194/74.

### **O Art. 31, da Lei nº 11.945/2009, determina:**

. Os arts. 3o e 5o da Lei no 6.194, de 19 de dezembro de 1974, passam a vigorar com as seguintes alterações: (Produção de efeitos).

“ Art. 3o Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2o desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

.....  
§ 1o No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na tabela anexa a esta Lei as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em



completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo:

I - quando se tratar de invalidez permanente parcial completa, a perda anatômica ou funcional será diretamente enquadrada em um dos segmentos orgânicos ou corporais previstos na tabela anexa, correspondendo a indenização ao valor resultante da aplicação do percentual ali estabelecido ao valor máximo da cobertura; e

II - quando se tratar de invalidez permanente parcial incompleta, será efetuado o enquadramento da perda anatômica ou funcional na forma prevista no inciso I deste parágrafo, procedendo-se, em seguida, à redução proporcional da indenização que corresponderá a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, adotando-se ainda o percentual de 10% (dez por cento), nos casos de seqüelas residuais.

O fato é que a parte autora fora submetida a um “procedimento”, duvidoso, unilateral, parcial, onde não é ofertado a mínima possibilidade ao beneficiário, ora promovente a possibilidade de sequer questionar, sobre os meios, forma como fora realizado o “exame” se é que podemos atribuir essa denominação ao procedimento administrativo utilizado pela autarquia ré.

Por outro lado a pretensão resistida da requerida está devidamente comprovada no documento acostado pela parte autora, visto que, a demanda em tela trata-se de complemento da indenização não havendo duvidas sobre esse tema.

O ajuizamento de demandas como estas decorre pelo fato da requerida não cumprirem as determinações legais firmadas no art. 31, II da Lei nº 11.945/2009, que determina que a invalidez deve ser graduada tomando como base a “tabela”, que passou a mensurar o corpo humano fixando percentuais diferenciando, membros, funções e sentidos dentre outros.

As pessoas que militam no seguimento DPVAT, sabem das alterações impostas mês após mês, sem que os órgãos que deveriam fiscalizar viessem a atuar de forma mais contundente e vigilante.

No Brasil, a sociedade observa inerte as mudanças ocorridas em diversos setores: autarquias, ministérios, e condução da *res pública*, e sonha que toda essa realidade possa ser implementada também em relação a fiscalização da Promovida, mesmo porque o **Tribunal de Contas da União**, descobriu fraudes senão vejamos:

“Denúncia do TCU. O lucro da Líder vem de 2% do faturamento do DPVAT, menos outras despesas, e em 2010 o valor girou em torno de R\$ 5,8 bilhões. Nos últimos quatro anos, o valor total arrecadado com o seguro foi o triplo do que é pago com indenizações. Para o TCU, o consórcio está inflando as despesas para lucrar mais. A consequência disso é que o valor pago pelos proprietários de veículos aumenta. Em 2011, o valor do DPVAT foi de R\$ 96,63 por veículo de passeio mais custo bancário. O Tribunal deu 90 dias para a Susep (Superintendência de Seguros Privados) - o órgão responsável pelo controle e fiscalização do mercado de seguros, previdência privada aberta”.



### 3. DA PROVA

Assevera o art. 369, CPC:

**Art. 369. As partes têm o direito de empregar todos os meios legais, bem como os moralmente legítimos, ainda que não especificados neste Código, para provar a verdade dos fatos em que se funda o pedido ou a defesa e influir eficazmente na convicção do juiz.**

Destarte, entende o Requerente que a prova do acidente pode ser verificada por outros elementos de prova, inclusive o testemunhal, nos termos do art. 444, CPC, senão vejamos:

**Art. 444. Nos casos em que a lei exigir prova escrita da obrigação, é admissível a prova testemunhal quando houver começo de prova por escrito, emanado da parte contra a qual se pretende produzir a prova.**

Nesse sentido a parte autora faz alusão a necessidade de que seja realizada a prova pericial, realizada por determinação do órgão judicial a fim de prover a confecção de uma prova imparcial, legítima isenta de pagamento unilateral, onde o perito tenha plena convicção da isenção que deve nortear toda prova pericial.

### 4. - DO VALOR DEVIDO E DO PRAZO PARA LIQUIDAÇÃO DO DPVAT

O Art. 3º, da Lei 6.194/74, estabelece que os danos pessoais cobertos pelo Seguro DPVAT compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas médicas de assistência médica e suplementar, conforme se vê abaixo:

**Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:**

**I – R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte;**

**II – até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente;**

**III – até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) – como reembolso à vítima – no caso de despesas de**



**assistência médica e suplementares devidamente comprovadas;**

O prazo que a Seguradora Lider, tem para liquidar o processo será de 30 (trinta) dias, se não vejamos:

[Art. 5º](#), da Lei nº 6.194/74:

**“ § 1º - A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30 (trinta) dias da entrega dos seguintes documentos:”**

**- DA AUFERIÇÃO DA GRADUAÇÃO DA INVALIDEZ .**

O Egrégio Superior Tribunal de Justiça assentou entendimento de que o pagamento de indenização por invalidez permanente será filtrado a partir da quantificação do grau de debilidade apresentado pela vítima, senão vejamos:

**SÚMULA 474 – STJ: A indenização do Seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.**

Destarte, surge a necessidade da realização de prova pericial para aferir-se o grau de invalidez, possibilitando ao magistrado a correta aplicação da Lei.

**- DA IMPOSSIBILIDADE DE PREVISÃO DO RESULTADO LÍQUIDO DA DEMANDA**

Esclarece a parte Autora, que diante da necessidade da perícia médica, imparcial, onde serão quantificadas as lesões que acometem o Demandante, o que não foi possível quando da liquidação do processo administrativo .

Em tempo aduz ainda que o Código de Processo Civil, em seu art. 324, §1º, II, III, revela a possibilidade de formulação de pedido genérico, senão vejamos

**§1º. É lícito, porém, formular pedido**

**genérico: (...)**

**II – Quando não for possível determinar, desde logo, as consequências do ato ou do fato;**

**III – quando a determinação do objeto ou do valor da condenação depender de ato que deva ser praticado pelo Réu;**



A lei 11.945/09, inseriu à legislação a tabela de parâmetros acerca dos percentuais a que serão submetidas quando da aferição do grau de invalidez, conforme se vê abaixo:

*Art. 30, §1º. No caso da cobertura de que trata o inciso II do caput deste artigo, deverão ser enquadradas na **tabela anexa a esta Lei** as lesões diretamente decorrentes de acidente e que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, classificando-se a invalidez permanente como total ou parcial, subdividindo-se a invalidez permanente parcial em completa e incompleta, conforme a extensão das perdas anatômicas ou funcionais, observado o disposto abaixo: (Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009) (grifo nosso).*

Com a inclusão dessa tabela na lei, encerrou-se a polêmica jurisprudência acerca dos critérios para o cálculo da indenização proporcional. Instado a se manifestar, o Superior Tribunal de Justiça admitiu a validade da utilização dessa tabela para redução proporcional da indenização a ser paga por seguro DPVAT, em situações de invalidez parcial.

## 5. DO REQUERIMENTO:

Pelo Exposto, requer a V.Exa., com fundamento no art. 186 do Código Civil Pátrio, c/c, no art. 31, II e seguintes da Lei n. 11.945/2009, a procedência da presente ação, para ao final condenar a requerida, ao pagamento da indenização do Seguro DPVAT, a ser aferida após a realização da perícia médica, obedecendo a Tabela incluída pela Lei 11.945/09, requerendo ainda o seguinte:

- 01- Seja citada a Ré, no endereço declinado na exordial, para contestar no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;
- 02- Protesta provar o alegado por todos os meios de provas em direito admitido, especialmente, na produção de **prova pericial** no sentido de quantificar o grau de lesão, nos quesitos seguem ao final desta;
- 03- Seja os valores devidamente corrigidos desde o evento danoso, conforme Súmula 54 do STJ;
- 04- *Nos termos do art. 334, § 5º, do Código de Processo Civil, requer a parte autora e desde já manifesta, pela natureza do litígio, seu desinteresse em auto composição, visto que, **em demandas similares inexistente qualquer proposta por parte da Seguradora Líder**;*
- 05- Como no caso em tela o deslinde **trata-se na confecção da prova pericial**, seja nomeado perito de confiança do Juízo, para a realização da prova retro citada, nos termos do art. 31.II da Lei nº 11.945/2009;
- 06- Requer seja designada audiência de instrução e julgamento;



07-Seja a demandada condenada em **20%, sobre o valor da causa**, (art. 85, III CPC), referente a honorários advocatícios;

Finalmente requer a gratuidade da Justiça nos termos do art. 2º da Lei n. 1060/50, por ser o mesmo pobre na forma da lei;

Dá-se a presente o valor de **R\$ 1.000.00 ( UM MIL REAIS)** para efeitos meramente fiscais.

Nestes termos.

Pede e Espera Deferimento.

Campina Grande-PB, 10 de setembro de 2019..

**Emmanuel Saraiva Ferreira**  
**-OAB-PB 16.928 –**



## **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: 58143000 (AQ. 71)

Ligação: MONOFÁSICO  
Clas/Sbc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 8 - 75 - 460 - 3890 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. 16.615.825-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 021 796 702  
Cód. para Deb. Automático: 00912092231

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

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

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. Pag (R\$)	Códi (R\$)
				Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)	Per (Cód) (R\$)
0801	Consumo em kWh	48,000	0,828540	39,77	39,77	0,40
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			0,43	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 02/2019			0,09	0,00	0,00
0805	MULTA 02/2019			0,79	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 48,42 39,77 0,43 39,77 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	Jan/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			
DIMENSIONAL	6,72			
DIMENSIONAL	13,45			
DIMENSIONAL	26,90			
DIMENSIONAL	53,80			
DIMENSIONAL	107,60			

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	39,77	82,14
Contribuição Iluminação Pública	0,43	0,89
Serviço de Transmissão	0,00	0,00
Encargos Setoriais	0,00	0,00
Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	40,20	100,00

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso







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](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  
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: ERONARDO MARQUES DA SILVA

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

Nome completo: ERONARDO MARQUES DA SILVA CPF: 080.186.444-54  
Profissão: AGENTE Endereço: SÍTIO MONDABAS Número: S/Nº Complemento: SÍTIO  
Bairro: ZONA RURAL Cidade: MONDABAS Estado: PARAIBA 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, \_\_\_\_\_ 07/07/2019  
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.

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





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 PAU 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](http://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/PA

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

LTD

Assessoria e Corretora de Seguros

LTD

Assessoria e Corretora de Seguros

LTD

Assessoria e Corretora de Seguros

LTD

Assessoria e Corretora de Seguros

LTD

Assessoria e Corretora de Seguros

LTD

Assessoria e Corretora de Seguros

LTD

Assessoria e Corretora de Seguros

LTD

Assessoria e Corretora de Seguros

LTD

Assessoria e Corretora de Seguros

LTD

Assessoria e Corretora de Seguros

LTD

Assessoria e Corretora de Seguros

LTD





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 2ª 3ª

FAIXA I.R.V.A. 0 PARCELAMENTO / COTAS 0

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 TRANSFERENCIA

LOCAL 0 DATA 10/09/2018

PUXINANA-PB 32875 11363

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

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\$) SEGURO TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 04/09/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

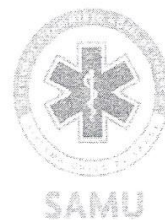
CNPJ 09.248.608/0001-04

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





10/03/2019

HTCG - Painel Administrativo



GOVERNO DO PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE

48636-5269



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

PRONT (B.E) Nº: 1849387

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Atendente: Claudia Bezerra Lacerda

Data: 10/03/2019

PACIENTE: IRENALDO MARQUES

CEP: 58145000

Nascimento: 28/06/1987

DA SILVA

Sexo: M

Telefone: 987911730

Cidade: Montadas

Idade: 031

Bairro: ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARIA EURIDES DOS SANTOS SILVA

RG:

Nº ID:

Profissão: PEDREIRO

Responsável:

Data de Atendi: 10/03/2019

CNS: 706109892989530

Estado Civil: Solteiro(a)

Hora: 03:24:47

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO

CRM:

Especialidade: CCIH

Médico:

Realizado

Busca

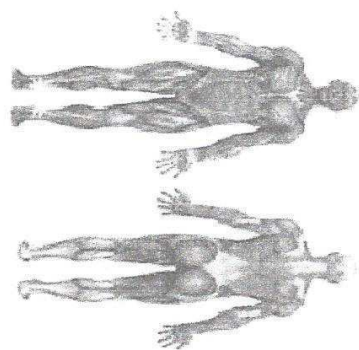
Ativa

OBS FICHA:

Data: 30/03/2019

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corte-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injúria de Verano
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otite
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Paralisia
33. Queimadura
34. Rinite
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA: Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

## EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

# Jovem 17/18 de idade, muito magro, apresentando lesão em punho, em e sem les. Menor conteúdo de oxigênio, sem outras alterações e lesões. Para bem no exame físico e sem les. Não há fratura aparente e não há lesão de punho.

ALERGIA: N

MEDICAMENTOS: N

PATOLOGIAS: N

EXAME FÍSICO

PUPILAS: 9) Fotorreagentes 10) Isocóricas 11) Anisocóricas ( )

Glasgow: 15 PA: 110x60 HGT: Sat02

## EXAMES SOLICITADOS:

- ( ) Laboratoriais
- ( ) Gasometria arterial
- ( ) Tomografia Computadorizada

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia

Especialista: Ortopedia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

PRESCRIÇÕES E CONDUITAS

HORÁRIO REALIZADO

## ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Yury N. Costa  
Médico Residente  
CRM: PB 10556

**EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO**

Alt. of Quana. bed. about 100 ft. or  
greater in thickness, conforme

Dr. Yuri M. N. Costa  
Médico Residente  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 10556  
+ 1997. *Calmeida*

#ompedic #

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

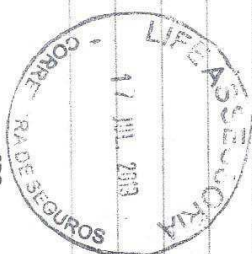
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

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

Cirurgia


### 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

 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
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	
<b>Identificação do Paciente</b>			
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	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
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			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
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>	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
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			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
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 FEMUR  
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 - 8926



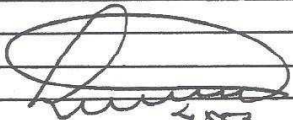


## Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

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










# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

c = Contaminada

PACIENTE: <b>Jremaldo 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	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO		
—	Sala 03	SUS	31a	1849387		
CIRURGIA			CIRURGIÃO			
Tratando fratura de tíbia (6)			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 Perceína 0,5		Furacim ml		Fio de Algodrão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O, ml		Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	10	Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23	20	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.			
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico			
	Lasix amp.		Saco coletor	10		
	Medrotinazol.		Seringa desc. 10 ml			
01	Pilsin amp.		Seringa desc. 20 ml			
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml			
	Revivan amp.		Sonda			
	Stuption amp.		Sonda folley			
02	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica			
01	Ranitidina		Sonda Uretral nº			
			Sterydrem ml			
			Torneirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml			
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Agulha desc. 28 x 28		Látex			
	Agulha desc. 3 x 4,5					
01	Agulha p/ raque nº 25					
0,5	Álcool de Enfermagem					
	Álcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metileno amp.					
	Benzina ml					
				EQUIPAMENTOS		
				(X) Oxímetro de Pulso		
				( ) Foco Auxiliar		
				( ) Serra		
				( ) Eletrocautério		
				( ) Desfibrilador		
				( ) Oxícapiógrafo		
				(X) Foco Frontal		
				(X) Cardiomonitor		
				(X) Fonte de Luz		
				(X) Perfurador Elétrico		
CIRCULANTE RESPONSÁVEL						
Mariana Milena E. B. da Nobrega						
TÉCNICA DE ENFERMAGEM						
CORREÇÃO 001 227 000						

ORIENTE: J.D. E COM. L.T.A.  
 Rd. 47/00 Log. 18.00.1365  
 FIZADOR: LAY F. C. BARBOSA  
 FIZADOR EXTERNO: LAY F. C. BARBOSA  
 Registro ANVISA: 1023710055  
 Resp. Técnica: CARLOS M. NAKAMURA / CREA N. 050 626973  
 VÁL. 10/07/2023  
 10/07/2019  
 CÉREBIL R





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
FOLHA DE ANESTESIA		NOME <i>Israel Marques Silva</i>			IDADE	SEXO	COR
DATA <i>10/3/19</i>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	OUTROS	
URINA							
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA		
AP. CIRCULATÓRIO <i>desacelerado</i>					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL <i>consciente</i>			ATARÁXICOS	CORTICÓIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Poli trauma - Ac. Hct</i>					ESTADO FÍSICO <i>ASA III</i>	RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES <i>Fx Cx de punção</i>							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS	<p>O<sub>2</sub> <i>4lpm</i></p> <p>LIQUIDOS <i>500 500 500</i></p> <p>CÓDIGOS</p> <p>VP. ARTERIAL: O. PULSO: O. RESPIRAÇÃO</p> <p>AX - ANESTESIA: O. OPERAÇÃO</p>						
<p>INDUÇÃO</p> <p>Satisf.: <input checked="" type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/> Tosse: <input type="checkbox"/></p> <p>Laríngeo espasmo: <input type="checkbox"/> Lenta: <input type="checkbox"/></p> <p>Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/></p> <p>Outros: <input type="checkbox"/></p> <p>MANUTENÇÃO</p> <p><i>Baqi / 4-5 g 625</i></p> <p><i>Seclag</i></p> <p>ANESTESIA SATISF. <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Não, por quê? <input type="checkbox"/></p> <p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Obstr.: <input type="checkbox"/> Co<sub>2</sub>: <input type="checkbox"/> Excit.: <input type="checkbox"/></p> <p>Náuseas: <input type="checkbox"/> Vômitos: <input type="checkbox"/></p> <p>Outros: <input type="checkbox"/></p> <p>Com cânula: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>CONDICÕES: <i>Reguladas - 400</i></p>							
<p>SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES</p> <p><i>neox. 0.5l. 13</i></p> <p><i>demox. 0.5l.</i></p> <p><i>neurechon 4.</i></p> <p><i>demox. 0.5l.</i></p> <p><i>ceftriaxona 2g</i></p> <p><i>clacodona 10</i></p> <p><i>demox. 0.5l.</i></p> <p><i>7 JUL. 2019</i></p>							
<p>POSICÃO <i>decubito lateral</i></p> <p>AGENTES <i>fentilmid</i></p> <p>TÉCNICA <i>baguianet. + Secl</i></p> <p>OPERAÇÃO <i>fx Cx punção</i></p> <p>CIRURGIOS <i>D. V. Aguiar</i></p> <p>ANESTESISTAS <i>D. V. Aguiar</i></p> <p>OBSERVAÇÕES <i>D. V. Aguiar</i></p>							
NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGÜÍNEA	



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 10/09/2019 18:55:36

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091018553512400000023529498

Número do documento: 19091018553512400000023529498



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**





 <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 (Via da parte)			<b>Número do boleto:</b> 017.0.19.00813/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Esperança	<b>Classe Processual:</b> 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 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A - Despesas processuais com mandados: R\$ 99,14 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,58
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<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
866500000025 642309283181 520190930013 701900813018 			<b>Valor final:</b> R\$ 264,23

 <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 (Via do processo)			<b>Número do boleto:</b> 017.0.19.00813/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Esperança	<b>Classe Processual:</b> 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>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: R\$ 12,00 - Cartas: R\$ 12,00 - Despesas processuais com mandados: R\$ 99,14 - 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

 <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 (Via do banco)			<b>Número do boleto:</b> 017.0.19.00813/01
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b> Esperança	<b>Classe Processual:</b> 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 <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A - Despesas processuais com mandados: R\$ 99,14 - Taxa bancária: R\$ 1,35			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,58
<b>Observações:</b> - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários. - O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.			<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
866500000025 642309283181 520190930013 701900813018 			<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 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

