



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
<b>IRENALDO MARQUES DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>EMMANUEL SARAIVA FERREIRA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
24299 619	10/09/2019 18:57	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
24299 624	10/09/2019 18:57	<a href="#">INICIAL</a>	Outros Documentos
24299 625	10/09/2019 18:57	<a href="#">PROCURAÇÃO, DECLARACAO</a>	Outros Documentos
24299 627	10/09/2019 18:57	<a href="#">DOCUMENTO PESSOAL</a>	Outros Documentos
24299 628	10/09/2019 18:57	<a href="#">COMPROVANTE DE ENDEREÇO</a>	Outros Documentos
24299 629	10/09/2019 18:57	<a href="#">B.O</a>	Outros Documentos
24299 631	10/09/2019 18:57	<a href="#">SOLICITAÇÃO DE SEGURO DPVAT, PROCESSO ADMINISTRATIVO-otimizado_1</a>	Outros Documentos
24299 632	10/09/2019 18:57	<a href="#">SOLICITAÇÃO DE SEGURO DPVAT, PROCESSO ADMINISTRATIVO-otimizado_2</a>	Outros Documentos
24299 633	10/09/2019 18:57	<a href="#">DOCUMENTO DA MOTO</a>	Outros Documentos
24299 634	10/09/2019 18:57	<a href="#">DECLARACAO DO SAMU</a>	Outros Documentos
24299 637	10/09/2019 18:57	<a href="#">PRONTUÁRIOS-otimizado_1</a>	Outros Documentos
24299 639	10/09/2019 18:57	<a href="#">PRONTUÁRIOS-otimizado_2</a>	Outros Documentos
24299 645	10/09/2019 18:57	<a href="#">PRONTUÁRIOS-otimizado_3</a>	Outros Documentos
24305 438	18/09/2019 15:38	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
24578 433	19/09/2019 15:04	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
24599 269	20/09/2019 09:40	<a href="#">Petição</a>	Petição
24599 281	20/09/2019 09:40	<a href="#">GuiaCustas IRENALDO MARQUES DE SILVA</a>	Outros Documentos
28438 519	20/02/2020 21:36	<a href="#">Despacho</a>	Despacho
29463 774	27/03/2020 12:23	<a href="#">Expediente</a>	Expediente

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 10/09/2019 18:55:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091018552473800000023529272>  
Número do documento: 19091018552473800000023529272

Num. 24299619 - Pág. 1



**BALBINOS CONSULTORIA  
JURÍDICA**  
Wamberto Balbino 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 terá 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 Lider, 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 perícia onde até 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 realizou 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 transito.

O pagamento da indenização deverá obedecer os ditames legais firmados no art. 31, II da Lei nº 11.945/2009, onde define que deverá 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 cumprarem 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”.



<https://noticias.uol.com.br/cotidiano/ultimas-noticias/2011/12/08/seguro-dpvat-nao-tera-aumento-em-2012-afirma-seguradora.htm?cmpid=copiaecola>".

### 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 sequem, 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 inexiste 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 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 desembolsará, 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 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

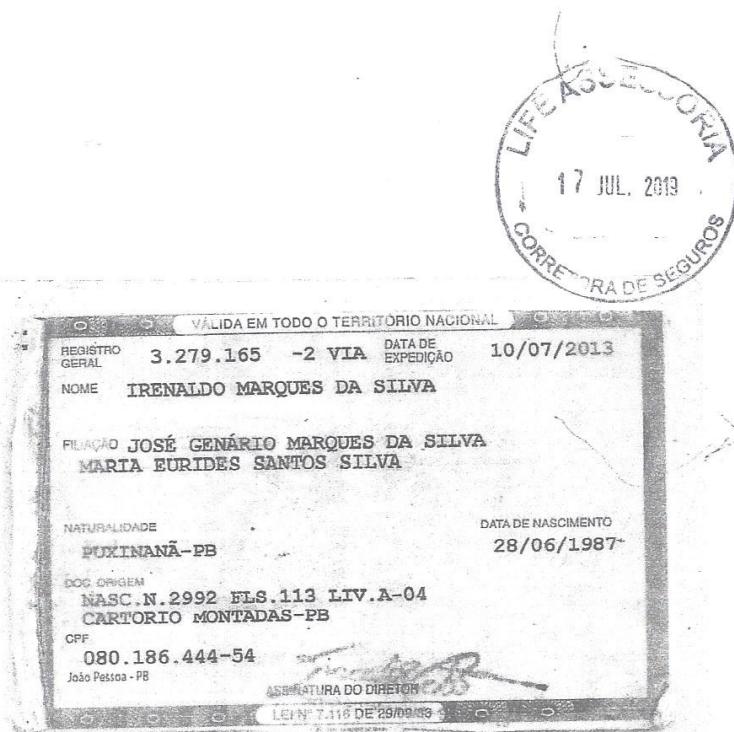
Contratante: Irenaldo marques da silva

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

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

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





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/Sbr: RES MTC S1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Rotero: 8-75-460-2660 Referencia: Mar/2018  
Medidor: 00008770983 Emissao: 14/03/2018



ENERGISA PARCERIA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 260, Km 25 - Cidre Residencial - João Pessoa/PB - CEP: 58071-690  
CNPJ: 09.095.193/0001-40 Icoa Est: 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica NRC 01795.702  
Céd. para Déb. Automática: 00912096231

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

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

UC (Unidade Consumidora): 5/1309823-1

Canal de contato

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

Anterior	Data	Leitura	Atual	Data	Leitura	Constante		Consumo	Dias
						1	2		
12/02/19	1998		14/03/19		2042			48	30
<b>Demonstrativo</b>									
CCI Descrição Quantidade Tarifa I Valor Base Cofre Aliz. Iota(R\$) Boleto Cofre Pg(R\$) Cofre(R\$) Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS Pg(Cofre) Iota(Cofre) (1,0703%) (4,0285%)									
0801 Consumo em kWh 46.000 0,828540 38,11 38,11 26 9,52 38,11 0,40 1,87									
0807 CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA 0,43 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00									
0804 JUROS DE MORA 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 Códico de Classificação do Item TOTAL	48,42	38,11	0,52	38,11	0,40	1,87
Tarifa/s/ Tributos 0,571770						
<b>Média últimos meses (kWh)</b>	<b>82</b>					
		<b>VENCIMENTO</b>		<b>TOTAL A PAGAR</b>		
		21/03/2019		R\$ 48,42		
		Histórico de Consumo (kWh)				

45 | 38 | 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	Límite de Tensão (V)
DI/ANUAL	0,27	0,60
DI/TRIMESTRAL	12,54	NOMINAL
DI/SEMANAL	25,68	220
FI/ANUAL	3,38	0,00
FI/TRIMESTRAL	8,72	CONTRATADA
FI/SEMANAL	13,45	LIMITE SUPERIOR
DM/ANUAL	2,21	0,00
DM/SEMANAL	12,44	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição Energia PB	6,34	13,23
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
Total	48,42	100,00

Valor em USD Ref: 1109101309823-151

Faturas em atraso

ATENÇÃO

- Leitura confirmada





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; 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.

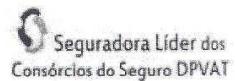
*Irinaldo Marques da Silva*

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>STÔIO MANDRAS</b>	Número: <b>510</b>	Complemento: <b>SITIO</b>	
Bairro: <b>ZONA RURAL</b>	Cidade: <b>MONTANHAS</b>	Estado: <b>PB</b>	CEP: <b>58.145-000</b>	Tel.(DDD): <b>(83) 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

**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 nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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.

**INVALIDEZ PERMANENTE**

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 Local e Data: **Juiz de Fora 31/07/2019**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 (\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
**X** **Ironildo M. Mandras da Silva**

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

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

**LÍDER ASSSESSORIA**  
 17/07/2019  
**CORRETORA DE SEGUROS**  
 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.

**!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 

## 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 Mondaçá  
 Nº S/nº COMPLEMENTO Sítio BAIRRO Zona Rural  
 CIDADE Mondáçá 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, TAISS 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 DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

## 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, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## 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 16.194/74.  
 \* DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.000,00 (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, COM 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 012 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODOR  
 DATA 14-07-2019

IDENTIDADE 3.291.655-5  
 NOME Emmanuel Saraiva Ferreira

ASSINATURA Emmanuel Saraiva Ferreira

ASSINATURA Segurodotransito



**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

L  
A  
C  
R  
E  
0  
0  
4  
1  
7  
4  
9  
4  
3  
0

**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

REINALDO ANTONIO DOS SANTOS

CPF / CNPJ 22592979867 PLACA MYP7198 / PB  
PLACA ANT / UF MYP7198 RN CHASSI 9C6KE044050131366

ESPECIE TIPO PAS / MOTOCICLE / NAO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA  
MARA / 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 1<sup>a</sup>  
I P V A 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  
\*\*\*\*\* SEGURADO PAGO 04/09/2018

OBSERVAÇÕES  
SEM RESERVA DE DOMÍNIO OBRIGATÓRIO  
NÃO VALÍDO PARA TRANSFERÊNCIA

LOCAL PUXINANA - PB DATA 10/09/2018  
132875 11363

*Agostinho Vieira da Silva  
Detran Superintendente - DETRAN-PB*

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 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 N° CHASSI 9C6KE044050131366

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		IOF (R\$) SEGURADO PAGO
PAGAMENTO		TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) PAGO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 04/09/2018

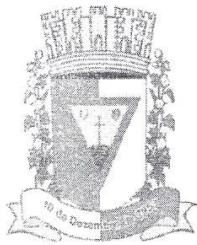
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

11363-1143020-20180910

MAP / 2018





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



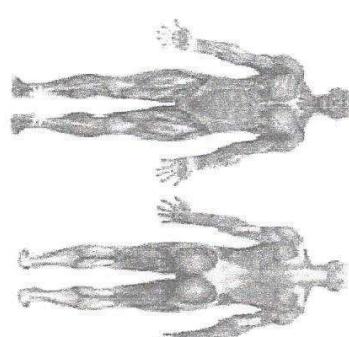
Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 10/09/2019 18:55:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091018553259100000023529487>  
Número do documento: 19091018553259100000023529487

Num. 24299634 - Pág. 1

## EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

**PRONT (B.E) Nº:1849387 CLASS. DE RISCO: VERMELHO**  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES** CNPJ:08.778.268/0036-52  
**Av. Mal. Horiano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809**  
**Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07** Atendente: Cláudia Bezerra Lacerda Data: 10/03/2019  
**PACIENTE: IRENALDO MARQUES DA SILVA** Endereço: SITIO MONTADAS  
**Nome da Mãe: MARIA EURIDES DOS SANTOS SILVA**  
**Cidade: Montadas**  
**RG: CPF:**   
**Sexo:M** Idade:031  
**CPF:** Data de Atend:10/03/2019  
**CRM:** Hora: 03:24:47

**ALERGIA:** N  
**MEDICAMENTOS:** N  
**PATOLOGIAS:** N  
**EXAME FÍSICO**  
**PUPILAS** (Fotorreagentes) (Isocônicas) (Anisocônicas) ( )  
**Glasgow** 15 PA 130x60 HGT: Sat02

**Responsável:**  
**Estado Civil:Solteiro(a)**  
**Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X CARRO**  
**OBS FICHA:**  
**MECANISMOS DO TRAUMA**  
**LOCAL DA LESÃO** (Identifique o local com o número correspondente ao lado)  
  
1. Abrasão 19. Fratura óssea fechada  
2. Amputação 20. Fratura óssea aberta  
3. Avulsão 21. Hematomia  
4. Contusão 22. Injúriamento Venoso  
5. Crepitação 23. Lacerção  
6. Dor 24. Lesão tendínea  
7. Edema 25. Luxação  
8. Emalhamento 26. Mordedura  
9. Erisíase subcutânea 27. Movimento torácico paradoxal  
10. Esmagamento 28. Objeto Encaixado  
11. Equinose 29. Ottorragia  
12. Folia branca 30. Paralisia  
13. F. Atra branca 31. Parésia  
14. F. Corte 32. Paresthesia  
15. F. Corte 33. Quelmidura  
16. F. Corte-cortura 34. Rincnogangrena  
17. F. Perfurado-cortante 35. Sinal de Isquemia  
18. F. Perfurado-cortante 36.

**SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:**  
**Especialista:** Dr. G. P. G. P. CRM: 10556  
**MÉDICO SOLICITANTE**  
**PROCEDIMENTOS REALIZADOS:**  
**Nº** PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO  
1. *1000 mg Cr 7/03/19* *10/03/19*  
2. *Alta os 01 urp. Cel. 1/03/19* *10/03/19*  
3. *Reabilitação* *10/03/19*  
4. *Reabilitação* *10/03/19*  
5. *Reabilitação* *10/03/19*  
6. *Reabilitação* *10/03/19*

**QUEIMADURA:**  
**Superfície corporal lesada = % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau**  
**DIAGNÓSTICO / CID:**

**ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:**  
*Dr. Yuri M. N. Costa* Médico de Resgate e Emergência CRM: PB 10556  
*Dr. Gilney* CRM: PB 00030491-6





GOVERNO  
DA PARAÍBA

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

1 SAMU

### Ficha de Acolhimento

Nome:	<i>Emmanuel Saraiva Ferreira</i>	Bairro:	<i>Recinhos</i>
End:	<i>Av. Rio Muniz Pinto</i>	Documento de Identificação:	
Data de Nascimento:	<i>31/03/1985</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 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

10

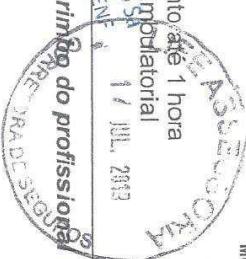
### Estratificação

MOD. 110

Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

10/09/2019



*Assinatura e carimbo do profissional*



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

 Sistema Único de Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<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.º 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.º DE TELEFONE <b>987911730</b>		12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, 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 intensa</i> <i>em MZF</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>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura MZF</i>		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 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <b>02</b>	
		28 - DOCUMENTO (X) CNS <input type="checkbox"/> CPF	
		29 - N.º 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.º DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Wagner Falcao</i>	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>			
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	
		37 - N.º DO BILHETE	
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		38 - SÉRIE	
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA	
		40 - CNAE DA EMPRESA	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADOR		( ) AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	
		49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO ( ) CNS <input type="checkbox"/> CPF		46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>1 / 1</i>		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º 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 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



48/projetohtcg/impreddescri.php?ID=466&contar=1849391

1/1



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 10/09/2019 18:55:35  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091018553413500000023529492  
Número do documento: 19091018553413500000023529492

Num. 24299639 - Pág. 1



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

Paciente: <u>Fernaldo Marques da Silva</u>	Idade: <u>31</u>	
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>28/03/19</u>	
Procedimento: <u>ato cirúrgico de fratura de fêmur</u>	<u>E</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Ricardo</u>	Auxiliar: <u>Dr. Júlio</u>	Anestesista: <u>Dr. Wunderley</u>
Início: <u>13:30</u>	Término: <u>15:30</u>	Anestesia <u>Raquei</u>

**Observações:**

Per weiterende Orientación reuniéndose voluntariamente  
los vecinos. Seis veces. Oficina de 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**

**PERÍODO DE VIDA**

## HOSPITAL DE TRAUMA

GRADE

TEL / FAX / E-MAIL:

**NOME DO PACIENTE**

TREMENDO MARQUES DA SILVA

Nº DO BRONTIÁRIO

112 11 11

## CÓD. PROCEDIMENTO

## CONVÉNIO

## PROCEDIMENTO REALIZADO

## TRAT. SÍRVE FRAT. DE FÉMUR ESQUERIDO

PRODUTO	REF.	QUANT.	CÓD. ROMP.
HASTE DE FÉMUR BLOQUEADA 10x36		05	
TAMPA		05	
PARAF. DE BLOQUEIO DISTAL 4,5x40		05	
" " " " 4,5x50		05	
" " " " PROXIMAL 5x65		05	

**DATA DA UTILIZAÇÃO**

186230009

**DATA DA COMUNICAÇÃO**

**MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM**

DK:

~~28/03~~  
OBSERVACÕES

CAKA DE HASTE DE FÉMUR BLOQUEADA



Dr. Euler Fabrício A. Cruz  
M.R. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA  
5331-1111 PB 9507

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ANDRE

Embalagem Recife - F: (81) 39831-0833



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

Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SAKAI VIEIRRA - 10/09/2019 18:55:33  
<http://pie.ejus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?processoId=19091018553413500000023529492>

Número do documento: 19091018553413500000023529493

Num. 34200630 Pág. 3

C = Contaminado

# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <b>Irenaldo Marques da Silva. DN. 28/06/87</b> QI <b>-</b> LEITE <b>Solo 03</b> CONVÉNIO <b>SUS</b> IDADE <b>31a</b> REGISTRO <b>1849387</b> CIRURGIA <b>Tratamento de Fratura de Timu (8)</b> CIRURGÃO <b>Dr. Renan</b> ANESTESIA <b>Rogue + Sedacão</b> ANESTESIA <b>Dra. Isabellia</b> INSTRUMENTADORA <b>Costa</b> DATA <b>10/03/19</b> INÍCIO <b>04:40</b> FIM <b>06:00</b>					 <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b> SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01	Bolsa Colostoma	Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.	Catgut cromado Sertix	
01	Diazepam amp.	05	Compressa Grande	Catgut cromado Sertix	
	Dimop. amp.		Compressa Pequena	Catgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide	Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml		Dreno	Catgut Simples Sertix	
01	Fenegam amp.		Dreno Kerr nº	Catgut Simples Sertix	
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº	Cera p/ osso	
	Inova ml <b>Dormenid</b>		Dreno Pezzer nº	Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas	Ethibond	
	Nubahin amp.		Equipo de Sangue	Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC	Fio de Algodão Sertix	
01	Protigmine amp.	4.5	Espadrapo Larco cm	Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m <b>Mercaina 0,5</b>		Furacim ml	Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	0.5	Gase Pacote c/ 10 unidades	Fila cardíaca	
	Rapifen amp.		H <sub>2</sub> O ml	Mononylon	
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil	Prolene Serfix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01	Lâmina de Bisturi nº-23	20	Prolene Serfix
	Agua 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.	81	Luvas 7.5	Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0	Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5		
	Glicose amp.	4.0	Oxigênio l/m <b>30 min</b>		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml	0.5	PVPI Degemante ml		
	Heparemax ml		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.	0.5	Sabão Antiséptico	10	SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.	11	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotinazol.	0.2	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
01	Plasil amp.	0.1	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
	Prolamina	0.1	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuplanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
02	Cefalotina 1g <b>Anticoag.</b>		Sonda Nasogástrica		<b>Fixador externo</b>
01	Ramotidina		Sonda Uretral nº		
			Sterydrem ml		<b>MA2.</b>
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		EQUIPAMENTOS
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18		
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese		
01	Aguilha desc. 3 x 4,5	05	Yoket netas		
01	Aguilha p/ raque nº 25	03	Sacos p/ fixo		
0.5	Alcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metíleno amp.				
	Benzina ml				

- EQUIPAMENTOS
- Oxímetro de Pulso
  - Foco Auxiliar
  - Serra
  - Eletrocautério
  - Desfibrilador
  - Oxicapiógrafo
  - Foco Frontal
  - Cardiomonitor
  - Fonte de Luz
  - Perfurador Elétrico

## CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Maria Milena E. B. da Nobrega  
 TEC. DE ENFERMAGEM  
 CORPO 001 227 000

MOD 066

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. Gomes</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 + anestesista  
achado de ferimento extenso do joelho  
esquerdo e perna esquerda com oco  
multiforme na coxa esquerda  
limpeza cirúrgica sob risco biológico  
abundante e desbridamento de tecidos  
denitratados com alta contaminação  
pedeira indireta da fratura do fêmur  
esquerdo e fixação externa com fíxador  
liso.

Sutura dos ferimentos  
limpeza com soro fisiológico  
curativo estéril

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

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES			ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO 1899387
FOLHA DE ANESTESIA		NOME Jenilda Marques Soha			IDADE 31	SEXO M	COR B
DATA 10/3/19	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA	
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS	
	URINA						
AP. RESPIRATÓRIO					ASMA	BRONQUITE	
AP. CIRCULATÓRIO dextran					ELETROCARDIOGRAMA		
AP. DIGESTIVO		DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO			
ESTADO MENTAL consciente		ATARAXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Polihemorragia - R. Mot		ESTADO FÍSICO AII				RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES Fx Cr de peina E							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS O <sub>2</sub> 400ml							
LIQUIDOS infuso 500 saf 500 saf 500							
CO2 ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX - ANESTESIA: O - OPERAÇÃO	INDUÇÃO Satisf.: <input checked="" type="checkbox"/> Excit.: _____ Tosse: _____ Laringo esparso: _____ Lenta: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____						
VP. ARTERIAL: 98/110 mmHg Frequência: 195	MANUTENÇÃO Baqui/4-s g 625 + Sedação						
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES geoc. O. S. I. P. dinaf. O. L. neurolept. I.	ANESTESIA SATISF. Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não, por quê? _____						
POSIÇÃO							
AGENTES	DESPERTAR Reflexos na SO: <input checked="" type="checkbox"/> Obstr.: _____ Co <sub>2</sub> : _____ Excit: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____						
TÉCNICA	Com câmula: Paro o Leito Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>						
OPERAÇÃO							
CIRURGIOS							
ANESTESISTAS							
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

Isenaldo Marques de Silveira

Fisioterapeuta Motor

H.O.: Fx 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 FINS QUE O (A) SR. (A): Irenais Marques  
22 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*





**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*



**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 N° 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>			<p>(Via da parte)</p> <p><b>Número do boleto:</b> 017.0.19.00813/01</p> <p><b>Data de emissão:</b> 20/09/2019</p>
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Data de vencimento:</b>
	Esperança	ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	30/09/2019
<b>Número da guia:</b> 017.2019.600813 <b>Tipo da Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,58
<b>Detalhamento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Custas Processuais: R\$ 101,16</li> <li>- Taxa Judiciária: R\$ 50,58</li> <li>- Despesas processuais postais: R\$ 12,00</li> <li>- Despesas processuais com mandados: R\$ 99,14</li> <li>- Taxa bancária: R\$ 1,35</li> </ul>			<b>Promovente:</b> IRENALDO MARQUES DA SILVA <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A
<b>Observações:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.</li> <li>- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.</li> </ul>			<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>			<p>(Via do processo)</p> <p><b>Número do boleto:</b> 017.0.19.00813/01</p> <p><b>Data de emissão:</b> 20/09/2019</p>
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Data de vencimento:</b>
	Esperança	ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	30/09/2019
<b>Número da guia:</b> 017.2019.600813 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,58
<b>Promovente:</b> IRENALDO MARQUES DA SILVA <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A			<b>Parcela:</b> 1/1 <b>Valor total:</b> R\$ 264,23 <b>Desconto total:</b> R\$ 0,00
<b>Detalhamento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Despesas processuais postais: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cartas R\$ 12,00</li> <li>- Despesas processuais com mandados: R\$ 99,14</li> <li>- 1x Intimação (MONTADAS (MUNICIPIO)) R\$ 99,14</li> </ul> </li> </ul>			<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>			<p>(Via do banco)</p> <p><b>Número do boleto:</b> 017.0.19.00813/01</p> <p><b>Data de emissão:</b> 20/09/2019</p>
<b>Nº do Processo:</b>	<b>Comarca:</b>	<b>Classe Processual:</b>	<b>Data de vencimento:</b>
	Esperança	ACAO CIVIL PUBLICA - CIVEL - 65	30/09/2019
<b>Número da guia:</b> 017.2019.600813 <b>Tipo de Guia:</b> Custas Prévias			<b>UFR vigente:</b> R\$ 50,58
<b>Detalhamento:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Custas Processuais: R\$ 101,16</li> <li>- Taxa Judiciária: R\$ 50,58</li> <li>- Despesas processuais postais: R\$ 12,00</li> <li>- Despesas processuais com mandados: R\$ 99,14</li> <li>- Taxa bancária: R\$ 1,35</li> </ul>			<b>Promovente:</b> IRENALDO MARQUES DA SILVA <b>Promovido:</b> SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A
<b>Observações:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.</li> <li>- O número da guia deverá ser informado na distribuição do processo.</li> </ul>			<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





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**





**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 CONSORCIOS 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