



Número: **0811303-97.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ADRIANO CAMELO DA SILVA (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
28449 444	19/02/2020 16:53	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial
28449 446	19/02/2020 16:53	<u>INICIAL COMPLEMENTAÇÃO - ADRIANO CAMELO DA SILVA</u>	Informações Prestadas
28449 899	19/02/2020 16:53	<u>Procuração e docs. pessoais - Adriano Camel</u>	Procuração
28449 917	19/02/2020 16:53	<u>LAUDO - ADRIANO</u>	Outros Documentos
28449 927	19/02/2020 16:53	<u>B.O - ADRIANO CAMELO</u>	Outros Documentos
28449 932	19/02/2020 16:53	<u>CARTA ADM - ADRIANO CAMELO</u>	Outros Documentos
29147 030	16/03/2020 21:56	<u>Despacho</u>	Despacho

PDF



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 19/02/2020 16:52:42
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021916523527700000027432106>
Número do documento: 20021916523527700000027432106

Num. 28449444 - Pág. 1



Vieira & Costa

ADVOGADOS ASSOCIADOS

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA ____ VARA
CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA – PARAÍBA**

ADRIANO CAMELO DA SILVA, brasileiro, casado, eletricista, portador da cédula de identidade n.º 3.343.689 SSP/PB, inscrito no CPF/MF 087.198.404-03, residente e domiciliado na Rua da Bica, s/n.º, Taquara, Pitimbu, Paraíba, através de seu advogado e procurador legalmente constituído, com escritório profissional localizado Rua João Amorim, 356, centro, João Pessoa, Paraíba, onde deverão ser enviadas as comunicações processuais pertinentes, vem à presença de Vossa Excelência, com fulcro na Lei 6194/74 (Veículos - Seguro Obrigatório de Danos Pessoais) e demais legislações pertinentes à espécie, propor a presente

AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT (DEBILIDADE PERMANENTE – COMPLEMENTAÇÃO)

em face **BRADESCO COMPANHIA DE SEGUROS S/A** localizada no Parque Solon de Lucena, 641, centro, João Pessoa, PB, CEP – 58013-131, inscrita no CNPJ N.º 33.055.146/0001-93 tendo em vista os fatos e os motivos a seguir delineados:

JUSTIÇA GRATUITA.

Inicialmente, requer os benefícios da *Justiça Gratuita*, nos termos da Lei n.º 1.060/50 e das demais legislações pertinentes, por não ter condições de dar prosseguimento à presente demanda sem comprometer o seu sustento.

Para tanto, declara-se, desde já, pobre na forma da legislação de regência e conhecedor de todas as penalidades cabíveis em caso de falseamento da verdade.

FATOS.

www.vieiraecostaadvogados.com.br | www.vieiraecosta.com.br

Rua João Amorim, 356, SI 02/03 - Centro - João Pessoa /PB - CEP 58013-310 - Fone/Fax: (83) 3243.8889





Vieira & Costa

ADVOGADOS ASSOCIADOS

A parte Promovente sofreu acidente de trânsito **no dia 19.05.2018**, por volta das 12h30min, na Zona Rural de Pitimbu, quando trafegava em motocicleta de marca Honda CG 150 FAN KS, de placa PEF 2455/PB e colidiu em um animal que atravessou repentinamente a pista, vindo a cair no solo. Na ocasião o sinistrado foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para o Hospital de Trauma de João Pessoa, onde foi diagnosticado com fratura de fêmur esquerdo, passando por tratamento cirúrgico para correção das fraturas.

Mesmo realizando a cirurgia, a parte Promovente **ficou com debilidade permanente no membro inferior esquerdo (perna e pé) com limitação funcional devido a perda de movimentos e diminuição da força muscular do referido membro, afetando também a função da marcha em razão da rigidez articular, apresentando claudicação.**

De posse de toda documentação necessária para requerer indenização por invalidez referente ao seguro DPVAT, o autor requereu administrativamente (Sinistro 3190430381), vindo a receber a quantia de R\$2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Todavia, as sequelas suportadas pelo autor prejudicaram consideravelmente a função da marcha devido a limitação dos movimentos de flexão e extensão do membro e encurtamento da perna, sendo certo que o autor faz jus a uma indenização complementar correspondente a diferença do valor recebido e o valor máximo indenizável, sendo necessário a realização de perícia médica para apuração do grau da invalidez.

Eis os fatos necessários.

FUNDAMENTAÇÃO JURÍDICA.

O seguro obrigatório (DPVAT) tem por finalidade dar cobertura a danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre, ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não.

A Lei n.º 6194/74, que trata do ***Seguro Obrigatório***, em seu artigo 3º elenca os danos pessoais cobertos pelo mesmo:

Art. 3º. Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º¹ compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

¹ I) Danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres, ou por sua carga, a pessoa transportada ou não."





Vieira & Costa

ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

Trilhando, ainda, por esta senda a Lei 6194/74, em seu artigo 5º, preceitua que a indenização será paga mediante a simples comprovação do acidente e do dano decorrente, senão, veja-se:

Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante **simples prova do acidente e do dano decorrente**, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Há de se observar que esse artigo instituiu uma responsabilidade objetiva, adotando também a teoria do risco integral, aqui se deixa de imputar uma responsabilidade ao condutor do veículo e passa a imputar a sociedade como um seguro social, devido ao grande número de acidente deste gênero.

Por outro lado, urge destacar, que os requisitos (**prova do acidente e do dano decorrente**) para a indenização foram preenchidos, senão, observe-se:

1) **Prova do Acidente:** Laudo Médico fornecido pelo Hospital de Trauma da Capital e Boletim de Ocorrência fornecido pela Polícia Civil. (docs.anexos)

2) **Dano:** debilidade permanente no membro inferior esquerdo (perna e pé) com limitação funcional devido a perda de movimentos e diminuição da força muscular do referido membro, afetando também a função da marcha em razão da rigidez articular, apresentando claudicação.

3) **Nexo causal:** Se não tivesse ocorrido o acidente a parte Promovente não teria sofrido as lesões já relacionadas.

Neste viés, tem-se, ainda, o entendimento do *Egrégio Tribunal do Rio Grande do Sul*:

Para a concessão da indenização do seguro DPVAT basta a simples prova da ocorrência do sinistro e do dano decorrente. O artigo 3º, letra "b" da Lei 6.194/74 estabelece o valor de 40 salários mínimos para indenização por invalidez permanente. (TJRS - AC 70010140473 - Cachoeira do Sul - 5ª C.Civ. - Relª Desª Ana Maria Nedel Scalzilli - J. 07.07.2005)





Vieira & Costa

ADVOGADOS ASSOCIADOS

Outrossim, é forçoso concluir que a parte Promovente faz jus a indenização do seguro obrigatório.

DOS PEDIDOS

Ante o expendido, requer que Vossa Excelência se digne em:

- a) Conceder à parte Promovente os benefícios da Justiça Gratuita por não ter condições de arcar com as custas processuais sem comprometer o seu próprio sustento e o de sua família;
- b) Citar a parte Promovida com as advertências do art. 334 e as prerrogativas do art. 212, ambos do Novo Código de Processo Civil, no endereço supramencionado, para, querendo, contestar o pedido da parte Promovente, sob pena de revelia e confissão tácita dos fatos narrados, indicando desde logo seu desinteresse na realização de audiência de conciliação ou mediação;
- c) Condenar a parte Promovida no pagamento das custas processuais e dos honorários advocatícios, estes na ordem de 20% (vinte por cento) do valor da condenação a ser imposta àquela.
- d) Julgar inteiramente **PROCEDENTE a presente demanda**, em todos os seus termos, condenando a seguradora a pagar ao autor o valor de R\$7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), correspondente a diferença entre o valor máximo indenizável e o que efetivamente foi pago administrativamente, ou ainda, em outro valor apurado pela perícia, de acordo com o grau de invalidez do sinistrado;
- e) A produção de todas as provas admitidas em direito, notadamente o depoimento de seu representante legal ou seus prepostos, juntada de novos documentos, oitiva de testemunhas, **perícia médica** e tudo mais que o controvertido assim exigir;

Dá à causa o valor de R\$7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Nestes Termos,
Pede e Espera Deferimento.
João Pessoa, PB, 18 de fevereiro de 2020.

*Advogado **Abraão Costa** Florêncio de Carvalho
OAB/PB – 12.904*

www.vieiraecostaadvogados.com.br | www.vieiraecosta.com.br

Rua João Amorim, 356, SI 02/03 - Centro - João Pessoa /PB - CEP 58013-310 - Fone/Fax: (83) 3243.8889



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Adriano Camelo da Silva
brasileiro, portador(a) do RG nº 3343689, inscrito(a) no CPF nº
087198.404-03, residente e domiciliado na
Rua da Bica, s/n - Pitimbu - Paraíba.

Outorgados: Dr. ABRAÃO COSTA FLORÊNCIO DE CARVALHO, brasileiro, casado, inscrito na OAB/PB sob o nº 12.904, e-mail: abraao@vieiraecosta.com.br, Dr. com escritório profissional na Rua João Amorim, 356, sala 2, Centro, João Pessoa, PB, fone (83) 3243-8889, Cep: 58013-310

Poderes: Confere amplos e gerais poderes para o foro em geral, com a cláusula "**ad judicia et extra**", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive requerer falência e concordata, apresentar e ratificar queixas-crimes, propor quaisquer ações, reclamações trabalhistas, defender-me nas que me forem propostas, cíveis ou penais, reconvir, promover quaisquer medidas judiciais, cautelares, administrativas, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, efetuar levantamentos, requerer laudos médicos e prontuários médicos junto a hospitais públicos e/ou privados e clínicas, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, fazer acordo, impugnar, assinar termos, requerer abertura de inventário ou arrolamentos, assinar termo de compromisso de inventariante, de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o(s) outorgante(s) seja(m) autor(es) ou reclamante(s) e defendendo-o(s), na condição de reclamada(s), bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda receber Alvarás Judiciais e quantias correspondentes perante cartórios judiciais e instituições bancárias a exemplo de Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil ou qualquer instituição financeira, dando tudo por bom, firme e valioso, conferindo-se ao presente instrumento de **mandato cláusula "em causa própria"**, e a sua revogação não terá eficácia, nem se extinguirá pela morte de qualquer das partes, nos termos do art. 685 do Código Civil.

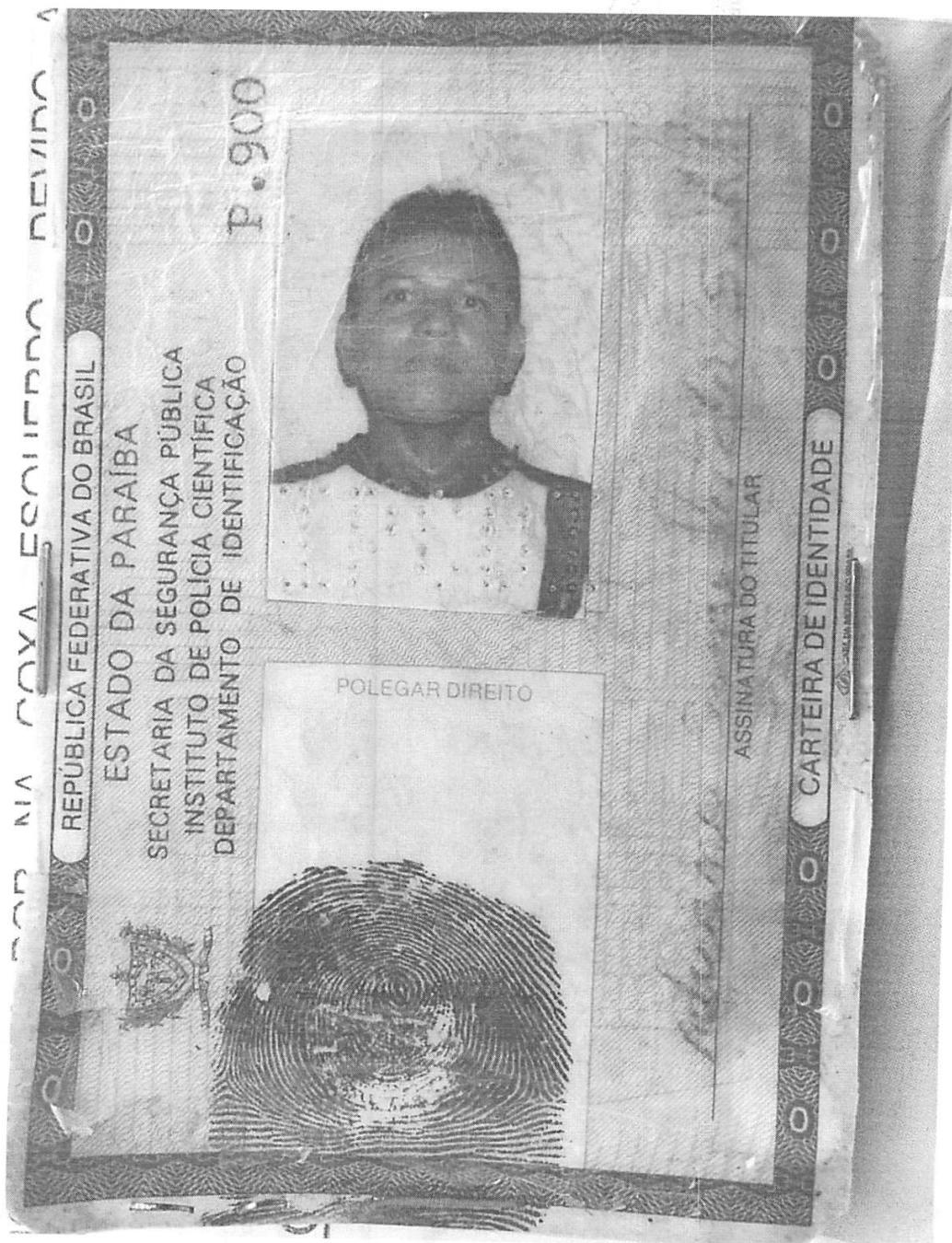
Poderes Específicos: A presente procura outorga aos advogados acima descritos, os poderes para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC/15**, podendo tais poderes serem substabelecidos.

João Pessoa, 20 de junho de 2019.

X Adriano camelo da Silva

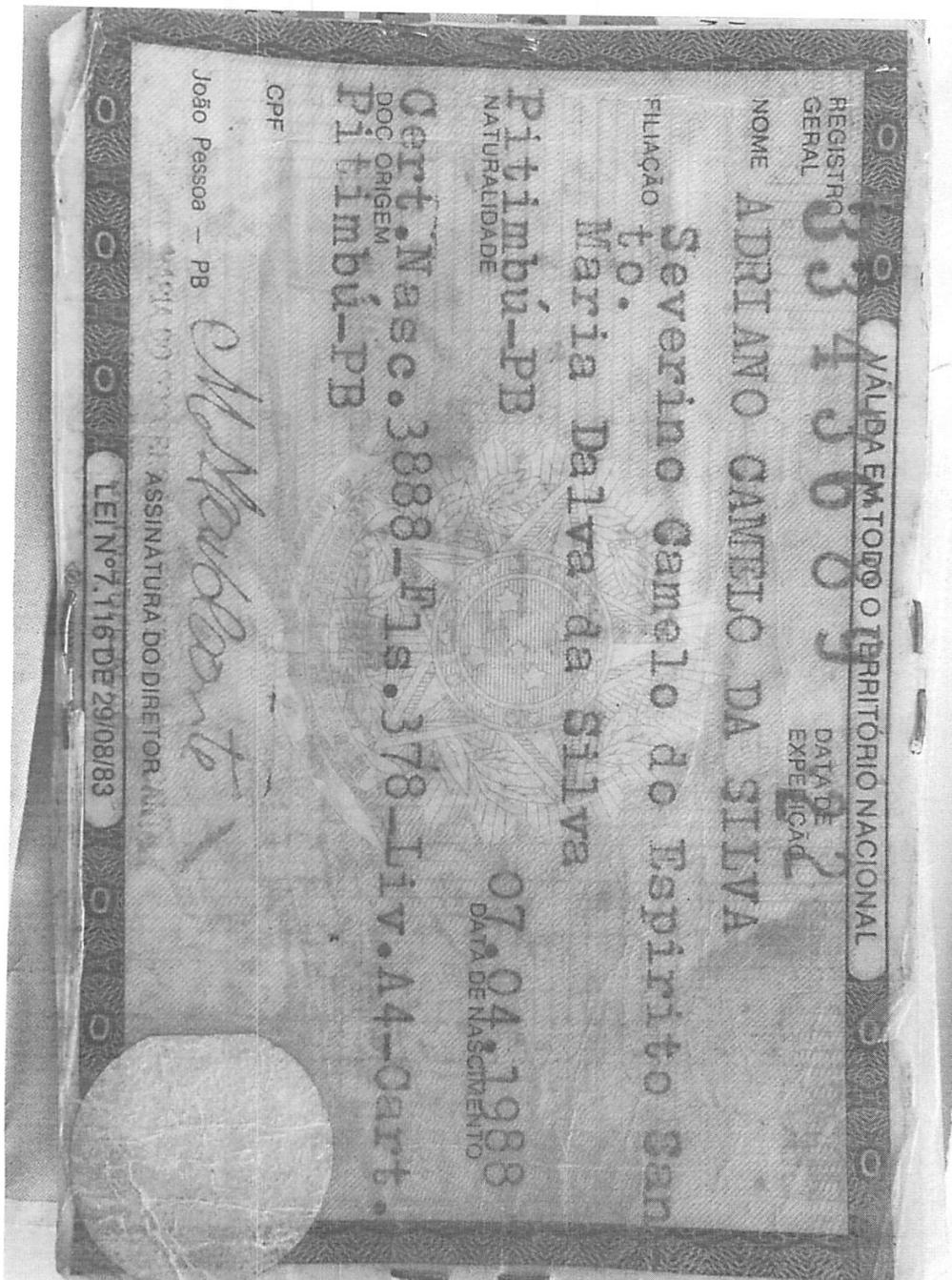
OUTORGANTE

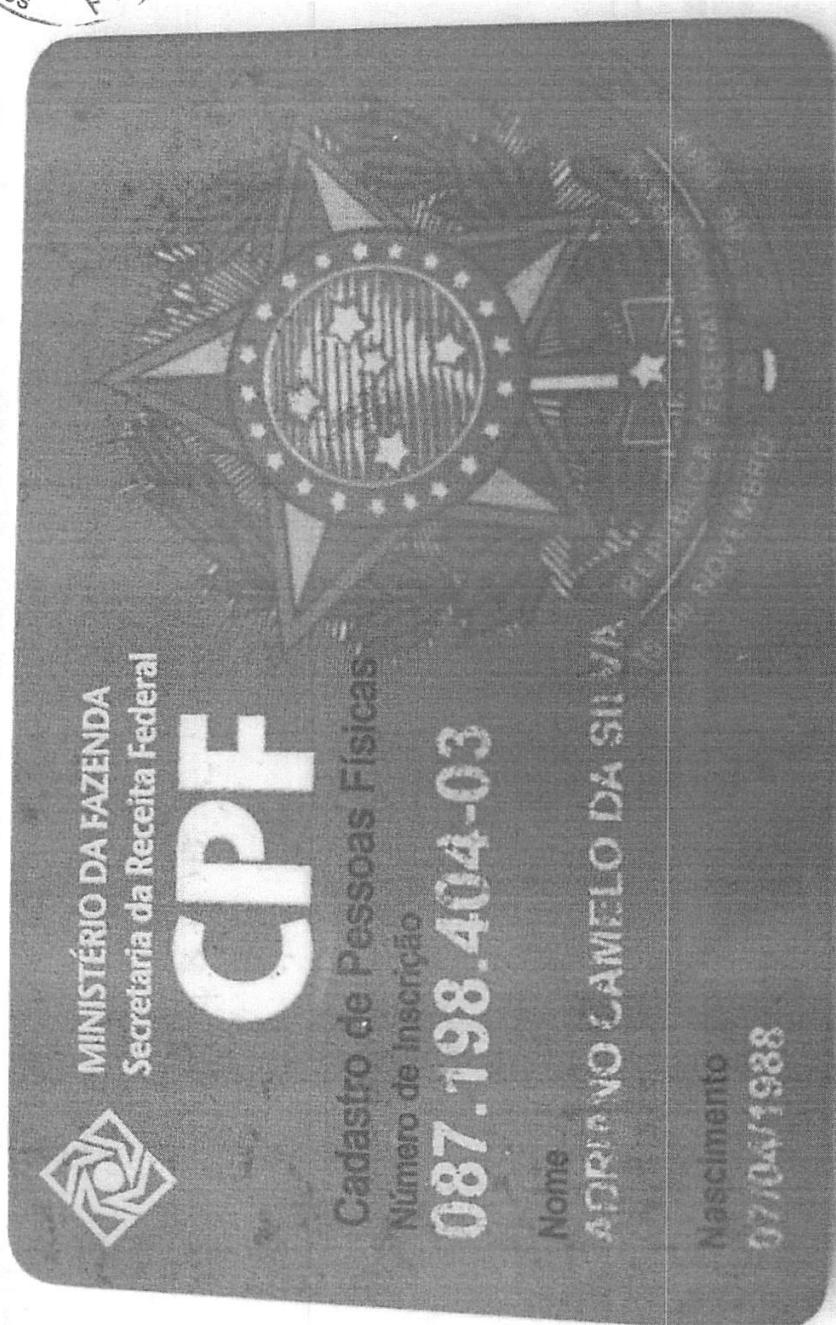


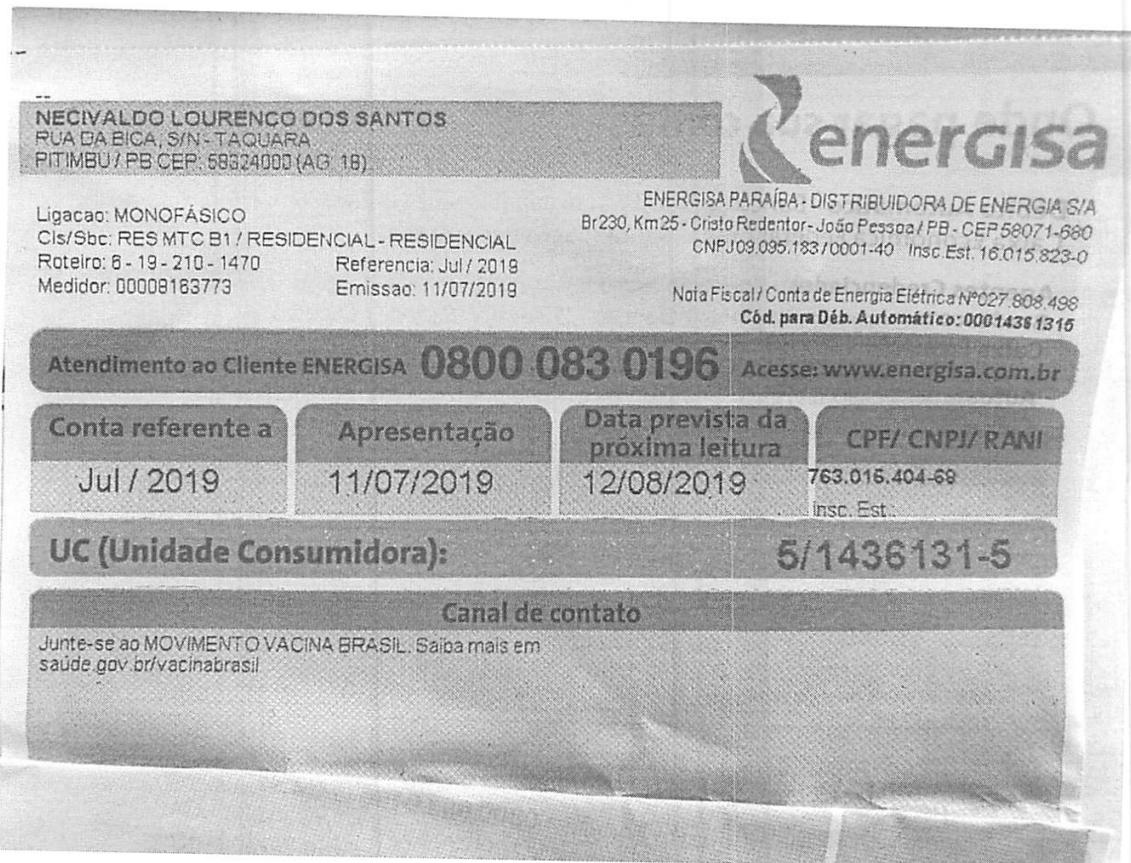


Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 19/02/2020 16:52:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021916524402000000027432111>
Número do documento: 20021916524402000000027432111

Num. 28449899 - Pág. 2









GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ADRIANO CAMELO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO 07/04/88

NOME DA MÃE MARIA DALVA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

PRONTUÁRIO N.º 19609

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1083111

DATA DO ATENDIMENTO 19/05/18

HORA DO ATENDIMENTO 14:11

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

CID 10 S73.2

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, COM DOR NA COXA ESQUERDO, DEVIDO A CONTUSÃO. AVALIADO PELA CIRURGIA GERAL, ORTOPEDIA.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX COXA COXA ESQ.



RESULTADOS DOS EXAMES:

FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR EAQUERDO

TRATAMENTO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR ESQUERDO

ALTA HOSPITALAR: 24/05/18
DATA DA EMISSÃO: 20/07/18

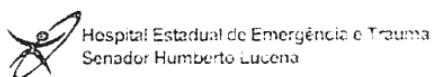
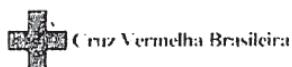
Elivaldo Sales de Toledo
Cirurgião Geral
CVB/HEETSHL
CRM 1873/PB

Dr. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO
CRM: 1873/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

99373-7531 (Dez. 2019)





AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, . JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente ADRIANO CAMELO DA SILVA	BAE 1083111	Data/Hora Entrada 19/05/2018 14:11:54	Data Baixa
Data de nascimento 07/04/1988	Idade 30a 1m 12d	Sexo Masculino	CNS 898001953846582
Mãe MARIA DALVA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 993734683
Endereço NOVA VIDA, S/N, SN	Bairro CENTRO	Município PITIMBU	Prontuário 19609
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 19/05/2018 14:11:54		Data/Hora Prescrição 19/05/2018 15:40:31	

Anamnese

Paciente com história de cirurgia prévia no femur esquerdo e colocação de prótese, deu entrada neste hospital vítima de queda de moto com trauma na coxa esquerda. queixando-se de dor intensa no local, limitação de movimentos e encurtamento do mesmo. estado geral comprometido, hipocorado, eupneico,

PACIENTE COM DOR A PALPÇÃO DE MIE
RX MONSTRANDO FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO A CIMA DA PLACA

CD:
CENTRO CIRURIGICO TRAÇÃO

Conduta

Em observação



Daniel Conserva Arruda
MÉDICO
CRM 11134

ADRIANO CAMELO DA SILVA

DANIEL CONSERVA ARRUDA
(CRM: 11134/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 19/05/2018 14:12:56





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente ADRIANO CAMELO DA SILVA	IBAE 1083111	Data/Hora Entrada 19/05/2018 14:11:54	Data Baixa
Data de nascimento 07/04/1988	Idade 30a 1m 12d	Sexo Masculino	ICNS 898001953846582
Mãe MARIA DALVA DA SILVA			Telefone de Contato (83) 993734683
Endereço NOVA VIDA, S/N, SN	Bairro CENTRO	Município PITIMBU	Prontuário 19609
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DANIEL CONSERVA ARRUDA	UF PB Nº Cons. Regional 11134/PB
Data/Hora Classificação 19/05/2018 14:11:54		Data/Hora Prescrição 19/05/2018 17:49:55	

Anamnese

paciente com história de cirurgia prévia no femur esquerdo e colocação de prótese, deu entrada neste hospital vítima de queda de moto com trauma na coxa esquerda. queixando-se de dor intensa no local, limitação de movimentos e encurtamento do membro.

estado geral comprometido, hipocorado, eupneico.

PACIENTE COM DOR A PALPÇÃO DE MIE

RX MONSTRANDO FRATURA DIAFISARIA DE FEMUR ESQUERDO A CIMA DA PLACA

CD:

CENTRO CIRURGICO TRAÇÃO

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 1,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, POR 7 DIA(S)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

CUIDADOS

SSVV + CCGG

CURATIVO

EXAME LABORATORIAL

GLICEMIA - GLICOSE EXAME

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO)

TRANSAMINE PIRUVICA (TGP)

UREIA - SORO

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

HEMOGRAMA

Conduta

Internar Paciente



Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 19/05/2018 14:12:56

5.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=292003&pesquisa=S&pt



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 19/02/2020 16:52:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021916524544600000027432429>
 Número do documento: 20021916524544600000027432429

Num. 28449917 - Pág. 4



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ADRIANO CAMELO DA SILVA		BAE 1083111	Data/Hora Entrada 19/05/2018 14:11:54	Data Baixa
Data de nascimento 07/04/1988	Idade 30a 1m 12d	Sexo Masculino	CNS 898001953846582	Telefone de Contato (83) 993734683
Mãe MARIA DALVA DA SILVA				Prontuário 19609
Endereço NOVA VIDA, S/N, SN		Bairro CENTRO	Município PITIMBU	UF PB
Acidente MOTO X ANIMAL	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO		Nº Cons. Regional 3945/PB
Data/Hora Classificação 19/05/2018 14:11:54		Data/Hora Prescrição 19/05/2018 14:22:22		

Anamnese

paciente com história de cirurgia prévia no femur esquerdo e colocação de prótese, deu entrada neste hospital vítima de queda de moto com trauma na coxa esquerda. queixando-se de dor intensa no local, limitação de movimentos e encurtamento do membro. estado geral comprometido, hipocorado, eupneico, torax ndn, abdômen ndn, crânio: ndn.

HD: FRATURA DE FEMUR ESQUERDO(REFRATURA).

ALTA DA CIRURGIA GERAL

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM)
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V., AGORA
DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

CUIDADOS

AFERIR PA E FC

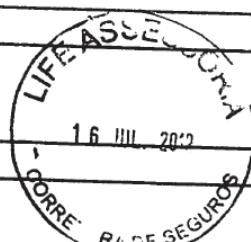
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA ESQUERDA

CID10

Código	Descrição
S72.3	Fratura da diáfise do fêmur

**Conduta**

Em observação

ADRIANO CAMELO DA SILVA

FABIO KENEDY ALMEIDA TRIGUEIRO
(CRM: 3945/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 19/05/2018 14:12:56

1/2.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=291871&pesquisa=S&perform=imprimirProc



Assinado eletronicamente por: ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO - 19/02/2020 16:52:46
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20021916524544600000027432429>
 Número do documento: 20021916524544600000027432429

Num. 28449917 - Pág. 5

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)			Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <i>ANOP</i>			2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>ANOP</i>			4 - CNES		
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE <i>Edilicio Correia de Souza</i>		6 - N° DO PRONTUÁRIO <i>1083333</i>		7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	
8 - DATA DE NASCIMENTO <i>/ /</i>		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input type="checkbox"/> 3		10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
11 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE		12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)		13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF		16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO					
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR		
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA		
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL	24 - CID 10 SECUNDÁRIO	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)					
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		
36 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO <i>cx 45 Placa dup fraca at 10 punas (d.) Períodos certificados nº 30/3 - 32/4 - 34/5 - 36/5 - 38/5</i>					
PROFISSIONAL SOLICITANTE					
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>22/05/18</i>		
41 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	
AUTORIZAÇÃO					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR		
46 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>/ /</i>	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)		





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



SBT

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Adriano Amélia do Nascimento BE/Prontuário: 1093111
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
 Clínica/Setor: Setor de Cirurgia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgião: Dr. Anderson Góes 1º Assistente: Dr. Enrico
 2º Assistente: _____ 2º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: Lorat Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura do fêmur</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Trato de pre-organizadores faciais</u>	



Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Daniel Consorci Attuda
MÉDICO
CRM: 11134

Médico/CRM: _____

F(NG).ASCIR.009-1





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA



BETTINI

RELATÓRIO DE CIRURGIA

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Antebraço e punho

Pel Dura

anestesia local

Artroscopia do cotovelo

Incisão:

Próximo ao rebordo da clavícula

extremidade

Recontato

Achados:

FK em fratura

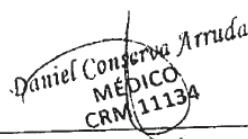
Conduta:



Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:



João Pessoa. 14/10/2018

E(NG).ASCIR.009-1





RELATÓRIO DE CIRURGIA

DR. F. S. H.

Descrição da Cirurgia

Posição e Preparo:

1) paciente na DD

2) exsanguinofíbrula

Incisão:

3) cíngulo da cintura

4) microdissecção

5) exsanguinofíbrula

Achados:

6) anormalia da bexiga e reforço da
extensão articular

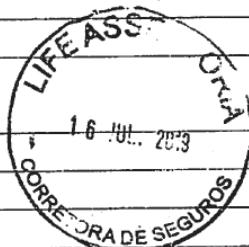
7) retalhos

Conduta:

8) embolização da bexiga

9) histerossalpingo

10) reforço articular

Fechamento:**Observação:**

João Pessoa. / /

Médico/CRM: _____

E(NG).ASCIR.009-1

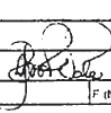


FICHA DE ANESTESIA

DATA: 22/05/18

PRONTUÁRIO:

1083111

PACIENTE: ADRIANO CAMELO DA SILVA		SEXO: M COR: IDADE: 30 ANOS																																																																																				
PRESSÃO ARTERIAL PULSO 72 mm RESPIRAÇÃO OK TEMPERATURA PESO ± 75kg GRUPO SANGUINEO																																																																																						
ESTADO GERAL (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO (X) BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO																																																																																						
ENAMES COMPLEMENTARES																																																																																						
AP. RESPIRATÓRIO OK		AP. CIRCULATÓRIO OK																																																																																				
AP. DIGESTIVO OK		ESTADO MENTAL LOTE DROGAS EM USO VPM																																																																																				
PRÉ-ANESTÉSICO POSIÇÃO HORA DORMONID 2mg IV NA SO		ESTADO FÍSICO (ASA) ASA I																																																																																				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DA DIÁFISE DO FÉMUR																																																																																						
CIRURGIA REALIZADA RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE + TÍPICO CIRÚRGICO DE FRATURA DO FÉMUR																																																																																						
CIRURGÃO DR. CARLOS AUXILIARES DR. SÁVIO																																																																																						
CÍRCO DA ANESTESIA 10:30h		TERMINO DA ANESTESIA																																																																																				
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH.		VALORES R\$																																																																																				
ANESTESIA L.M.T. VALE + CPI (50.882.174-91		CRM-PB 4029																																																																																				
<table border="1"> <tr> <td>ENTRADA FATO</td> <td>10:30</td> <td>11:30</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DR. ROBERTO (M&E)</td> <td>***</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>DR. Nogueira</td> <td>***</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>RL</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(X) SISTEMA V DIASTÓLICO</td> <td>120</td> <td>100 92 98</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(X) SISTEMA V MÍNIMO</td> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(X) SISTEMA V MÁXIMO</td> <td>120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(X) SISTEMA V PULSATIL</td> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(X) SISTEMA V ARTERIAL</td> <td>120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(X) SISTEMA V VENOSO</td> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(X) SISTEMA V PULSATIL</td> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(X) SISTEMA V ARTERIAL</td> <td>120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(X) SISTEMA V VENOSO</td> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(X) ANOTACÕES</td> <td>11/11/18</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			ENTRADA FATO	10:30	11:30				DR. ROBERTO (M&E)	***					DR. Nogueira	***						RL					(X) SISTEMA V DIASTÓLICO	120	100 92 98				(X) SISTEMA V MÍNIMO	80					(X) SISTEMA V MÁXIMO	120					(X) SISTEMA V PULSATIL	60					(X) SISTEMA V ARTERIAL	120					(X) SISTEMA V VENOSO	80					(X) SISTEMA V PULSATIL	60					(X) SISTEMA V ARTERIAL	120					(X) SISTEMA V VENOSO	80					(X) ANOTACÕES	11/11/18				
ENTRADA FATO	10:30	11:30																																																																																				
DR. ROBERTO (M&E)	***																																																																																					
DR. Nogueira	***																																																																																					
	RL																																																																																					
(X) SISTEMA V DIASTÓLICO	120	100 92 98																																																																																				
(X) SISTEMA V MÍNIMO	80																																																																																					
(X) SISTEMA V MÁXIMO	120																																																																																					
(X) SISTEMA V PULSATIL	60																																																																																					
(X) SISTEMA V ARTERIAL	120																																																																																					
(X) SISTEMA V VENOSO	80																																																																																					
(X) SISTEMA V PULSATIL	60																																																																																					
(X) SISTEMA V ARTERIAL	120																																																																																					
(X) SISTEMA V VENOSO	80																																																																																					
(X) ANOTACÕES	11/11/18																																																																																					
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ PLEVO <input type="checkbox"/> BLOQ NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS																																																																																						
L5-L6, ACUPLA 26G, LCP (X), INJEÇÃO DO AL E DO OPIÓIDE. MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO																																																																																						
1 DORMONID - 2mg IV 11 2 NECAÍNA 0,5% ISOBÁICA (com 100mg DIMPOR (80mg) + CLONIDINA (45mg) DAQUI 13 3 CETAZOLINA - 2g IV 14 4 DEXAMETASONA - 4mg IV 15 5 CETO PROFENIC - 100 mg IV 16 6 DIPIRONA - 2amp. 17 7 18 8 19 9 20																																																																																						
<input type="checkbox"/> APENAS <input type="checkbox"/> ENFERMAGIA <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> OUTROS LIRPA																																																																																						
ASSINATURA DO ANESTÉSICO  F (ING) ASCIR 006-1																																																																																						

 SUS Sistema Único de da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)		Folha 1/2
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL LIFE				
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL LIFE				
Identificação do Paciente 3 - NOME DO PACIENTE Juliana Brum da Cunha				
4 - CNES 5 - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO 6 - CERTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 7 - DATA DE NASCIMENTO 8 - GÉNERO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>				
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL 10 - ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, BAIRRO, CIDADE, ESTADO) 11 - TELEFONE DE CONTATO (ID DO TELEFONE)				
12 - ENDEREÇO (RUA, NÚMERO, BAIRRO, CIDADE, ESTADO) 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP				
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH) 18 - CODIGO DE SEGUROS				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 19 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR 20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA 21 - COD DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA 22 - DIAGNÓSTICO INICIAL 23 - CID 10 PRINCIPAL 24 - CID 10 SECUNDÁRIO 25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS) 26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 27 - COD DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL 28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 30 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 31 - QTD E				
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 33 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 34 - QTD E				
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 36 - COD DO PROCEDIMENTO ESPECIAL 37 - QTD E				
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO Obs Fisio de Steinman n.º 410				
PROFISSIONAL SOLICITANTE 39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 40 - DATA DA SOLICITAÇÃO 41 - DOCUMENTO () CNS () CPF 42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 43 - MÉDICO CRM 11134 44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 45 - COD. ORGÃO EMISSOR 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 47 - DOCUMENTO () CNS () CPF 48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07769.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07769.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:53 horas do dia 12 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu Adriano Camelo da Silva, CPF nº 087.198.404-03, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Eletricista, filho(a) de Maria Dalva da Silva e Severino Camelo do Espírito Santo, natural de Pitimbu/PB, nascido(a) em 07/04/1988 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua da Bica, Nº S/N, tendo como ponto de referência Próximo a Barbearia do Lindo., na cidade de Pitimbu/PB, telefone(s) para contato (83) 99373-7531.

Dados do(s) Fatos:

Local: Zona Rural Próximo a Taquara., Pitimbu/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 19/05/18 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 19/05/2018 por volta das 12:30 horas quando transitava, pelo Zona RURAL da cidade de Pitimbú-PB; nas imediações da Taquara, com o veículo tipo HONDA/CG 125 FAN KS ano e modelo: 2011/2011, de cor vermelha de placa: PEF2455/PB CHASSI: 9C2JC4110BR705826 pertencente ao Sr. Givanildo Nunes da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando, um animal atravessou repentinamente à pista e que o declarante não teve tempo suficiente de frenagem vindo a colidir com o animal; Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o prontuário de nº 19609, FRATURA DE FEMUR ESQUERDO CID S73.2 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. ELIVALDO SALES DE TOLEDO CRM 1873/PB.

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

João Pessoa/PB, 12 de julho de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

ADRIANO CAMELO DA SILVA

Noticiante



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190430381 **Vítima: ADRIANO CAMELO DA SILVA**

Data do Acidente: 19/05/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO CAMELO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ADRIANO CAMELO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000001800-7**

Conta: **000000536380-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





**Poder Judiciário da Paraíba
16ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0811303-97.2020.8.15.2001

AUTOR: ADRIANO CAMELO DA SILVA

RÉU: BRADESCO SEGUROS S/A

Vistos, etc.

Defiro o pedido de Justiça Gratuita

Diante das especificidades da causa e de modo a adequar o rito processual às necessidades do conflito, deixo para momento oportuno a análise da conveniência da audiência de conciliação.(CPC, art.139, VI e Enunciado n.35 da ENFAM).

Cite-se a parte Ré para contestar o feito no prazo de 15 (quinze) dias úteis.

A ausência de contestação implicará revelia, o que poderá resultar presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos.

João Pessoa/PB, na data da assinatura eletrônica



Assinado eletronicamente por: FABIO LEANDRO DE ALENCAR CUNHA - 16/03/2020 21:56:48
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031621564834800000028083745>
Número do documento: 20031621564834800000028083745

Num. 29147030 - Pág. 1