



Número: **0802084-50.2019.8.15.0981**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **30/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 998,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SEVERINO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)	JANDUI BARBOSA DE ANDRADE (ADVOGADO) EFIGENIO CANDIDO JUNIOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
31837 167	26/06/2020 12:40	<u>2729850_CONTESTACAO_Anexo_02</u>

Documentos de identificação



REPUbLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

INTERPRINT LTDA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1169411201

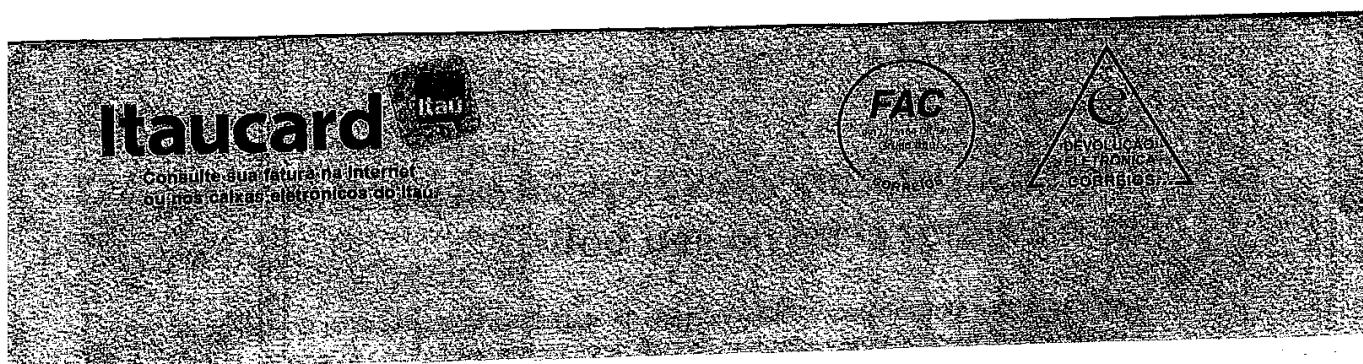
Nome SEVERINO PEREIRA DA SILVA	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 491966 SSP PB		
	CPF 250.739.154-53 DATA NASCIMENTO 15/04/1958		
	PLACAR JOSE PEREIRA DA SILVA		
	ANAIZA TAVARES DA SILVA		
	PERMISSÃO VALIDADE 06300024837 14/04/2019	ACC VALIDADE 10/02/2015	CALHAR AB
OBSERVAÇÕES A:	Endereço: São Paulo		
PROIBIDO PLASTIFICAR 1169411201	ASSINATURA DO PORTADOR LOCAL CAMPINA GRANDE, PB	DATA EMISSÃO 22/02/2016	
 Alaino Chaves Souza Dir. Independente - DETRAN-PB ASSINATURA DO EMISSOR			
78550186693 PB032164700			
DETRAN-PB (PARAIBA)			



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 12:40:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062612400728900000030523275>
Número do documento: 20062612400728900000030523275

Num. 31837167 - Pág. 1

Assinado



Itaucard

Consulte sua fatura na Internet
ou nos caixas eletrônicos do Itaú



CTC RECIFE PE PL8



JANDUI BARBOSA DE ANDRADE
R JOAO SUASSUNA 83 AP 301
CENTRO
58401-130 CAMPINA GRANDE - PB

Comprovante de residência



Data de Postagem: 12/08/2019

Data de Vencimento: 26/08/2019

Data de fechamento (emissão): 10/08/2019

Data prevista de fechamento da próxima fatura: 10/09/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 12:40:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062612400728900000030523275>

Número do documento: 20062612400728900000030523275

Num. 31837167 - Pág. 2



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
SEGUNDA GERÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE QUEIMADAS/PB

**CERTIDÃO****RECEBIDO**

05 SET 2019

Seguradora Líder DPVAT

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada aos **VINTE E OITO** dias do mês de **MAIO** do ano de dois mil e dezenove, nesta cidade de Queimadas, Estado da Paraíba e na DEPOL LOCAL, presente a Autoridade Policial, **Bel^a**, **JULIANA FERNANDA BRASIL BARBOSA BRUCE**, comigo, Escrivão (ã) de Polícia AD HOC, ao final assinado (a) e declarado (a), aí, por volta das 11h30min, compareceu (o) a Senhora (a) **ADÉLIA PEREIRA DA SILVA "ADÉLIA"**, brasileira, portadora do RG nº 381.09 SSP/PB, inscrita no CPF 147.990.064-87, nascida em 20/08/1952, filha de José Pereira da Silva e de Anailza Tavares Pereira, natural de Queimadas/PB, professora aposentada, vive em união estável, com ensino médio completo, com 66 anos, residente no Sítio Capim de Planta, próximo ao bar de Zé de Nena, no município de Queimadas/PB. Telefone: 83 9 9137-2635, para noticiar haja vista que o acidentado, **SEVERINO PEREIRA DA SILVA "SEVERO"**, brasileiro, portador do RG nº 491.966 SSP/PB, inscrito no CPF 250.739.154-53, nascido em 15/04/1958, filho de José Pereira da Silva e de Anailza Tavares Pereira, natural de Queimadas/PB, agricultor, casado, com ensino fundamental incompleto, com 61 anos, residente no Sítio Lagoa do Jucá, próximo ao Grupo Escolar José Pereira, no município de Queimadas/PB. Telefone: 83 9 9149-2551, está impossibilitado de se locomover, (o) a qual depois de cientificado das penalidades cominadas no art. 299 do CPB vimos notificar o **SEGUINTE**: Que no dia 23/03/2019, por volta das 09h30min, **SEVERINO** conduzia a motocicleta HONDA/NXR150 BROS ES, placa MNQ 8733/PB, chassi 9C2KD03307R031218, ano de fabricação 2007, modelo 2007, de cor vermelha, RENAVAM 0091204801-8 registrada em nome de Severino Pereira da Silva, nas proximidades do Sítio Lutador, na cidade de Queimadas, quando um ônibus conduzido por Zézé Mendes, em uma curva, colidiu com a motocicleta; QUE **SEVERINO** sofreu diversas fraturas, tendo sido socorrido pelo SAMU, vindo a ficar hospitalizado no Hospital de Trauma da cidade de Campina Grande/PB por 17 dias, onde foi submetido a diversas cirurgias; Que possui as seguintes testemunhas: **ANTONIO JOSE PEREIRA**, residente no Sítio Capim de Planta, próximo ao Bar de Zé de Nena – Zona Rural, Queimadas/PB e **CREUZA PEREIRA DA SILVA**, residente no Sítio Capim de Planta, próximo ao Bar de Zé de Nena – Zona Rural. Era o que tinha a Certificar. Eu Simone Vilela dos Anjos, escrivã AD HOC que o digitei, data e assino.

Queimadas/PB, 28 de maio de 2019

Simone Vilela dos Anjos
Matrícula 182.055-9
Agente de Investigação



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 12:40:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062612400728900000030523275>
Número do documento: 20062612400728900000030523275

Num. 31837167 - Pág. 5

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, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190529845 **Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 23/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JANDUI BARBOSA DE ANDRADE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	250.739.154-53	SEVERINO PEREIRA DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		CPF:	250.739.154-53	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:	
AGRICULTOR	SITIO LAGOA DO JOSÉ			
Bairro:	ZONEA RURAL	Cidade:	QUEIMADAS	
E-mail:	oly.cq.pb@gmail.com			
Estado:				PARAIBA
CEP:				58475-000
Tel.(DDD):				

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCARIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Name do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
(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 Lider 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 atende 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declaro 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não | Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: QUEIMADAS - PB 06/08/2018
Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CPF: 250.739.154-53

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO:

Severino Pereira da Silva

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (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.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

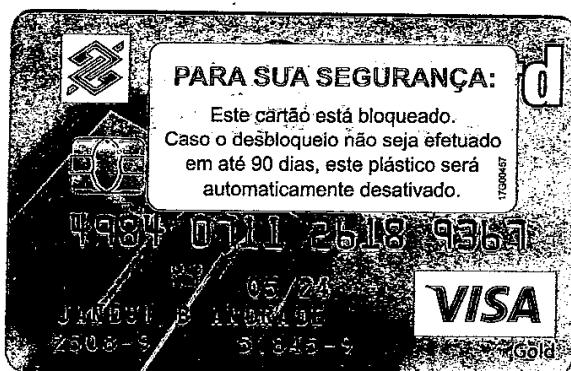


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 12:40:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062612400728900000030523275

Número do documento: 20062612400728900000030523275

Num. 31837167 - Pág. 7



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, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190529845 **Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 23/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JANDUI BARBOSA DE ANDRADE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14918609

Pag. 00917/00918 - carta_01 - INVALIDEZ



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, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190529845 **Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 23/03/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JANDUI BARBOSA DE ANDRADE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14780800



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317138/19

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

CPF: 250.739.154-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

Titular do CPF: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JANDUI BARBOSA DE ANDRADE : 725.814.924-49

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SEVERINO PEREIRA DA SILVA : 250.739.154-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2019
Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CPF: 250.739.154-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Cristina Limeira Alves



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 12:40:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062612400728900000030523275>
Número do documento: 20062612400728900000030523275

Num. 31837167 - Pág. 11

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317138/19

Número do Sinistro: 3190529845

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

CPF: 250.739.154-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

Titular do CPF: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JANDUI BARBOSA DE ANDRADE : 725.814.924-49

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

SEVERINO PEREIRA DA SILVA : 250.739.154-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2019
Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CPF: 250.739.154-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

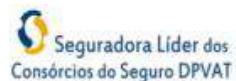
Cristina Limeira Alves



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 12:40:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062612400728900000030523275>
Número do documento: 20062612400728900000030523275

Num. 31837167 - Pág. 12

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317138/19

Número do Sinistro: 3190529845

Vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

CPF: 250.739.154-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 23/03/2019

Titular do CPF: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JANDUI BARBOSA DE ANDRADE : 725.814.924-49

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

SEVERINO PEREIRA DA SILVA : 250.739.154-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/09/2019
Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA
CPF: 250.739.154-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/09/2019
Nome: Cristina Limeira Alves
CPF: 041.380.364-31

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Cristina Limeira Alves



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 12:40:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062612400728900000030523275>
Número do documento: 20062612400728900000030523275

Num. 31837167 - Pág. 13


ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA

Dr. Janduí Barbosa de Andrade
Dr. Márcio Maciel Bandeira
Dr. Hewerton Dantas de Carvalho
Dr. Jefferson Almeida de Souto
Dr. Edilfigênio Cândido Júnior

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE(S): SEVERINO PEREIRA DA SILVA, casado, agricultor, RG. 491966, SSP/PB., CPF. 250.739.154-53, residente no Sítio Lagoa do Jucá, Queimadas-PB. (próximo ao Grupo Escolar José Pereira).

OUTORGADOS: Dr. JANDUÍ BARBOSA DE ANDRADE, brasileiro, casado, advogado, OAB-PB 9.652 com endereço profissional na Rua João Belarmino Barbosa, 11, Centro, Queimadas-PB, onde deverá ser intimado.

PODERES: Para o Foro em geral, com a cláusula ad-judicia, na forma do art. 38 do Código de Processo Civil para que possa defender os interesses e direitos do outorgante perante qualquer juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante, e defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, e praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, **firme e valioso especialmente para requerer Seguro Obrigatório DPVAT.**

DECLARAÇÃO: O (a) (s) outorgante (s) **DECLARA** (M), para todos os fins de direito sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com despesas inerentes à presente Ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º da Lei 1.060 de 1950.

Queimadas-PB., 26 / 08 /2019

Severino Pereira da Silva
OUTORGANTE

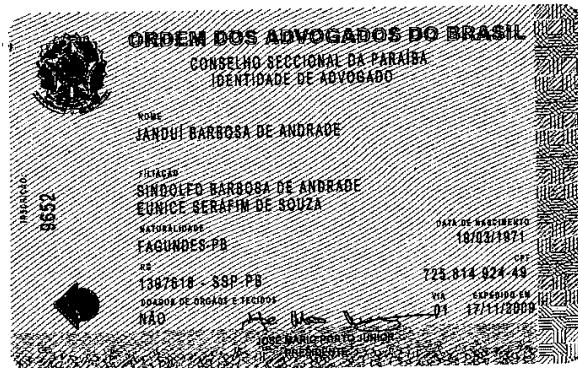
Abj.cg.pb@gmail.com





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 12:40:07
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062612400728900000030523275>
Número do documento: 20062612400728900000030523275

Num. 31837167 Pág. 15



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 12:40:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20062612400728900000030523275>
Número do documento: 20062612400728900000030523275

Num. 31837167 - Pág. 16

Documentação médica - hospitalar



ESTADO DA PÁRAIBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUEIMADAS
SECRETARIA DE SAÚDE

NOME: <i>Guilherme Pimenta da Silveira</i>		SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IDADE:		
NÚMERO DA OCORRÊNCIA: <i>57633114</i>		CIDADE: <i>Guilhermina</i>			
LOCAL DA OCORRÊNCIA: <i>rua 1000, bairro</i>					
DATA: <i>03-09-99</i>	HORA: <i>09:56</i>	ALERGIAS: <i>neos</i>			
MEDICAÇÃO EM USO:		ANTECEDENTES:			
MÉDICO REGULADOR:	MÉDICO USA:	USA: <input type="checkbox"/>	USB: <input checked="" type="checkbox"/> <i>42</i>		
ENFERMEIRO(A): <i>Andréa Milena Bento</i>		COREN nº <i>413-0353</i>			
TÉC. DE ENFERMAGEM: <i>Alfredo</i>		COREN nº <i>3224476</i>			
CONDUTOR <i>chamam de</i>					
TIPO DE AGRADO:					
(<input checked="" type="checkbox"/>) Acidente de motocicleta (<input type="checkbox"/>) FAB (<input type="checkbox"/>) Quase afogamento/Afogamento (<input type="checkbox"/>) Acidente de trânsito (<input type="checkbox"/>) FAF (<input type="checkbox"/>) Queda _____ metros (<input type="checkbox"/>) Agressão (<input type="checkbox"/>) Gineco-obstétrico (<input type="checkbox"/>) Queda da própria altura (<input type="checkbox"/>) Clínico (<input type="checkbox"/>) Lesões térmicas (<input type="checkbox"/>) Queda de andalame (<input type="checkbox"/>) Desabamento/Soterramento (<input type="checkbox"/>) Pediátrico (<input type="checkbox"/>) Queimaduras (<input type="checkbox"/>) Eletrocussão (<input type="checkbox"/>) Psiquiátrico (<input type="checkbox"/>) Outros: <i>sed</i>					
SISTEMA NEUROLÓGICO:					
(<input type="checkbox"/>) Agitado (<input type="checkbox"/>) Coma (<input checked="" type="checkbox"/>) Consciente (<input type="checkbox"/>) Convulsão (<input type="checkbox"/>) Desorientado (<input checked="" type="checkbox"/>) Orientado (<input type="checkbox"/>) Otorragia (<input type="checkbox"/>) Sonolência					
PUPILAS: (<input type="checkbox"/>) Anisocóricas <i>+</i> (<input type="checkbox"/>) Areagentes (<input type="checkbox"/>) Fotoreagentes (<input checked="" type="checkbox"/>) Isocóricas (<input type="checkbox"/>) Midriáticas (<input type="checkbox"/>) Mióticas					
ESCALA DE COMA DE GLASCOW					
ABERTURA OCULAR:	(1) Não abre	(2) Com estímulo doloroso	(3) Com estímulo auditivo	(4) Espontânea	
RESPOSTA VERBAL:	(1) Não verbaliza	(2) Sons ou gemidos	(3) Palavras impróprias	(4) Confuso	
RESPOSTA MOTORA:	(1) Não reage	(2) Reage a dor com extensão	(3) Reage com flexão anormal	(4) Flexão normal	
TOTAL:	(5) Localiza a dor	(6) Obedece às ordens e movimentos espontâneos			
PELE:	(<input type="checkbox"/>) Afebril	(<input type="checkbox"/>) Acianótica	(<input type="checkbox"/>) Anictérica	(<input type="checkbox"/>) Cianótica	(<input type="checkbox"/>) Hipertérmico
	(<input type="checkbox"/>) Hipocorada	(<input type="checkbox"/>) Hipotérmico	(<input type="checkbox"/>) Ictérica	(<input type="checkbox"/>) Normocorada	
SISTEMA CARDIOVASCULAR:	(<input type="checkbox"/>) Bradicardio	(<input type="checkbox"/>) Hipertônico	(<input type="checkbox"/>) Hipotônico	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normocárdio	(<input checked="" type="checkbox"/>) Normotônico
SINAIS VITAIS: VVAA:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Livre	(<input type="checkbox"/>) Obstruída	RESPIRAÇÃO:	(<input type="checkbox"/>) >30rpm	(<input checked="" type="checkbox"/>) <30rpm
PULSO RADIAL:	(<input checked="" type="checkbox"/>) Presente	(<input type="checkbox"/>) Ausente	Glicemia:	<i>163</i> mg/dl	FC: <i>72</i> /SAT
EXAME GINECO-OBSTÉTRICO:	(<input type="checkbox"/>) Abortamento	(<input type="checkbox"/>) Hemonragia Vaginal	(<input type="checkbox"/>) Trabalho de parto	(<input type="checkbox"/>) Outros:	
TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS (prescrição por telemedicina): <i>Sina ximox betadine leomil + amoxi</i> <i>amoxi 500mg 3x dia</i>					
SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico):					
(<input type="checkbox"/>) Ansiedade (<input checked="" type="checkbox"/>) Dor aguda (<input type="checkbox"/>) Náuseas (<input type="checkbox"/>) Comunicação verbal prejudicada (<input type="checkbox"/>) Hipertermia (<input type="checkbox"/>) Padrão respiratório ineficaz (<input type="checkbox"/>) Confusão aguda (<input type="checkbox"/>) Hipotermia (<input type="checkbox"/>) Retenção urinária (<input type="checkbox"/>) Constipação (<input type="checkbox"/>) Integridade da pele prejudicada (<input type="checkbox"/>) Termorregulação ineficaz (<input type="checkbox"/>) Deambulação prejudicada (<input type="checkbox"/>) Integridade tissular prejudicada (<input type="checkbox"/>) Ventilação espontânea prejudicada (<input type="checkbox"/>) Débito cardíaco diminuído (<input type="checkbox"/>) Interação social prejudicada (<input type="checkbox"/>) Volumes de líquidos deficientes (<input type="checkbox"/>) Desobstrução ineficaz das VVAA (<input type="checkbox"/>) Intolerância à atividade (<input type="checkbox"/>) Volumes excessivos de líquidos (<input type="checkbox"/>) Disreflexia autonômica (<input type="checkbox"/>) Mucosa oral prejudicada (<input type="checkbox"/>) Outros:					
INTERVENÇÕES:					
<i>Recalido no Dr. Antônio Cond</i> <i>H. Trajano C (C-CP) 157</i>					

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/06/2020 12:40:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006261240072890000030523275>
Número do documento: 2006261240072890000030523275

Num. 31837167 - Pág. 17

ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES DO(A) ENFERMEIRO(A)

Paciente vítima de colisão envolvendo moto, o mesmo estava no momento acidente com capacete, mas no momento da ressurreição estava sem capacete, consciente, nega lesões e dores, nega dor com fratura exposta no nível do tornozelo direito e proposta de pt com lesões de todo tipo de tornozelo direito, realizando imobilização local e protocolo de trauma, a paciente afirma, no momento do acidente sentiu hipotensão, náuseas, vomito. Foi levado para a emergência do hospital de Trauma de Campina Grande.

André Alves Góes
COREN 417 036
ENFERMEIRO

ANOTAÇÕES DO(A) TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM:

Paciente vítima de colisão moto x ônibus, estava na moto, "SEGU" estava com capacete no momento da colisão, mas estava sem capacete. Consciente, apresentando lesões exposta no nível do tornozelo direito e provável lesão no pé esquerdo. Foi feita imobilização e encaminhado para o hospital de trauma, Campina Grande.

Data da internação: 23/03/2019 Hora: 12:20:06

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES						2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES						4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE SEVERINO PEREIRA DA SILVA						6 - N° DO PRONTUÁRIO 1859239	
7 - CARTÃO DO SUS 705007443032558			8 - DATA DE NASCIMENTO 15/04/1958		9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>		
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANAIZA TAVARES DA SILVA			11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 N° DE TELEFONE 91372635				
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) SITIO LAGOA DE JUCA , 0 , ZONA RURAL			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 251250		15 - UF PB	16 - CEP 58475000	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Parante vitais de ausculta de moto com frana no pé esquerdo e ferimento no pé. dor cito.</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Necessidade de tratamento cirúrgico.</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Exame Físico + Ressonan</i>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura luxação do T6/7 (L1) exposte</i>							
21 - CID 10 PRINCIPAL		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA		27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016004457154	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ANTONIO DE SA BARRETO GONDIM NETO		31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 23/03/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>JOSÉ RENAN GOMES DIRETOR CLÍNICO CRM-PB 9121</i>			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)							
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		36 - CNPJ DA SEGURODORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO							
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR		() AUTÔNOMO () DESEMPREGADO		() APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			





MA

CONTROLE CIRÚRGICO

• Rua Capitão José da Luz, 25º Empresarial Joaquim Cardoso 0730
Sala 901/902 - Coelhos - Recife/PE - CEP: 50.070-540
CNPJ: 26.296.089/0001-79

Paciente: Suelio Moreira Torres Silve
Hospital: Hospital de São Vicente de Paulo
Médico: Dr. Anderson + Dr. Edelar Cruz
Data da Cirurgia: 03/06/19 Procedimento: Fx t. Plata Iliaca
Prontuário: 183977 Convênio:
Instrumentadora(O): OMC Circulante:

Quant.	Materiais Utilizados	Lote
1	Placa Iliaca 2x3 díptica	9,5
1	Barra Iliaca 2x3 Fixaçâo	4,5
16	Parafuso Articular 6,5	
2	2 1 1	
28	47 44 56	
03	Bracilímera 3 apoiadas 6,5	
1	1 1 1	
80	85 Randa 16 / Serrilha 32	
		✓
		Dr. Edelar Fábio A. Cruz MR ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA CRM-PB 9907

Recife, 23 de 06 de 19

Circulante

Médico Responsável



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Severino Pereira da Silva DN 1504-1958					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes	
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO		
CIRURGIA		CIRURGÃO				
Plataforma tibial Protomate cirúrgico		Dr. Andrade + Dr. Oliveira				
ANESTESIA		ANESTESIA				
Ricardo		D2 Ricardo				
INSTRUMENTADORA	DATA		INICIO	FIM		
Ama	03-04-19		13:40	15:50		
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	
	Adrenalinamp.		01		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.		01		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.		04		Catgut cromado Sertix	
	Dimore amp.				Catgut Simples	
	Dolantina amp.				Catgut Simples Sertix	
	Efréne ml				Catgut Simples Sertix	
	Fenegam amp.				Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml				Cera p/ osso	
	Inova ml				Ethibond	
	Ketalar ml				Ethibond	
01	Mercaina 0,2 % ml				Ethibond	
	Nubainamp				Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.				Fio de Algodão Sertix	
	Protigmine amp.		05		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m				Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml		05		Fita cardíaca	
	Rapifen amp.				Mononylon	
	Thionembutal ml				Mononylon	
	Tracrium amp.				Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23	Qtd.	SOROS	
02	Água Destilada amp.		02		SG Normotérmico fr 500 ml	
02	Decadron amp.				SG Gelado fr 500 ml	
02	Dipirona amp.				SG Hipertérmico fr 500 ml	
02	Flexidol amp		06		SG Ringr fr 500 ml	
	Flébotortid amp.				SG 500 ml	
	Geramicina amp.		08		ORTSESE E PRÓTESE	
	Glicose amp.		05		02 ple en 105 furo	
	Glucon de Cálcio amp.		05		06 para jago cais - 1	
	Haemacel ml.				03 COR jago	
	Heparémia ml.					
	Kanakion amp.					
	Lasix amp.		04			
	Medrotinazol.		03			
	Plasil amp.					
	Prolamina		02			
	Revivan amp.					
	Stuptanon amp.					
	Cefalotina 1g					
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml	Qtd.	EQUIPAMENTOS	
	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18		() Oxímetro de Pulso	
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese		() Foco Auxiliar	
01	Aguilha desc. 3 x 4,5		05 eletroracada		() Serra	
01	Aguilha p/ raque nº 25		05 gel en sítio		() Eletrocautério	
05	Álcool de Enfermagem		70%		() Desfibrilador	
	Álcool Iodado ml				() Foco Frontal	
01	Ataduras de Crepon		15		() Fonte de Luz	
	Ataduras de Gessada				() Oxicapiógrafo	
	Azul metílico amp.				() Cardiomonitor	
	Benzina ml				() Perfurador Elétrico	

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

02 ple en 105 furo
06 para jago cais - 1
03 COR jago

Vane

MOD 056



03/04/2019

HTCG-Painel Administrativo

CNPJ: 08.778.268/0

Data: 03/04/2019

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



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 131429

DATA DA CIRURGIA: 31/12/1969

Número do Atendimento: 1859239 Clín: ORTOPEDIA 1 / Enf: 3 / Lei: 3

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data da Internação: 23/03/2019

Atendimento: 1859239

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA PL

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: Data da Cirurgia:

Equipe:

Cirurgião: ANDRE RIBEIRO ARAUJO MENEZES

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador:

Anestesista: RICARDO JOSE RAMOS LOUREIRO

Tipo de anestesia: RAQUI

Relatório Imediato do Patologista: NAO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NAO

Descrição da Operação: 01-PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA

02-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

03-COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS

04-INCISÃO EM FACE ANTERO MEDIAL E LATERAL DE PÉRНА DIREITA + DISSECCÃO
POR PLANOS + HEMOSTASIA

05-REDUÇÃO CRUENTA DE FRATURA + OSTEOSÍNTESE COM DUAS PLACAS EM L

4.5 2X5 + PARAFUSOS CORTICais E ESPONJOSOS, SOB ESCOPIA

06-LAVADO FO COM SF(0,9%) + SUTURA + CURATIVOS

Data 03/04/2019

Assinatura/Carimbo
Wagner Luiz Egito De Araujo

Dr. Wagner Luiz Egito de Araujo
MR. ORTOPEDIA - T. 11 - "ATOLOGIA"
CRM - PB 8926

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Severino Pereira da Silva - DN- 19/04/1958

QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO
		SUS	60 anos	1859170
CIRURGIA	trat exérice el. de rocas	CIRURGIAO	Dr. Wagner	
ANESTESIA	nitroux en terceira	ANESTESISTA	Dr. Shiokawa	

INSTRUMENTADORA DATA INICIO FIM

23/03/19 14:00 14:50

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	01		Calgut cromado Sertix	Lote: 001235 Cód: F087203
	Atropina amp.			Calgut cromado Sertix	SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEIA
	Diazepam amp.	04		Calgut cromado Sertix	SARTORI - LINERX TIBIA T
01	Dimorfinamp.	01x110		Calgut Simples	250 - ESTERIL
	Dolantina amp.	0		Calgut Simples Sertix	Fab: 17/08/2018 Val: 08/2021
	Efrane ml			Cera p/ osso	Registro Anvisa N° 8008365031
	Fenegam amp.			Ethibond	300
	Fentanil ml			Ethibond	MATERIAL ACO INOX/ALUMINIO
	Inova ml			Ethibond	Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
	Ketalar ml			Ethibond	CNPJ: 04.861.621/0001-00 - Rio Claro - SP
01	Mercaina 015% 6ml			Fio de Algodão Sertix	Tel: +55 19 3338-1910 Info:@sartoriori.com.br
	Nubatinamp.			Fio de Algodão Sertix	Fab: 09/10/2018 Val: 11/01/2025
	Pavulon amp.			Fio de Algodão Sutupak	Registro Anvisa N° 8008365026
	Protigmine amp.	01.5		Fila cardiaca	MATERIAL ACO INOX 130
	Protóxido /m			Mononylon 7:3-0	Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
	Quelicin ml	06		Mononylon	CNPJ: 04.861.621/0001-00 - Rio Claro - SP
	Rapifen amp.			Protene Sertix	Tel: +55 19 3338-1910 Info:@sartoriori.com.br
	Thionembutal ml			Prolene Sertix	
	Tracrium amp.			Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	01		SOROS	
01	Água Destilada amp.			SG Normotérmico fr 500 ml	
01	Decadron amp.			SG Gelado fr 500 ml	
02	Dipirona amp.	02		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Flaxidolamp.	02		SG Ring fr 500 ml	
	Flacobortid amp.	02		SG fr 500 ml	
	Geramicina amp.				
	Glicose amp.	01			
	Glucon de Cálcio amp.				
	Haemacel ml.				
	Heparema ml.				
	Kanakion amp.	025			
	Lasix amp.	025			
	Medrotinazol.	02			
	Plasil amp.	01			
	Prolamina	02			
	Revivan amp.				
	Stupitanoramp.				
	Cefalotina 1g				
02	Cefalotaxima				
01	metaraminol				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES			EQUIPAMENTOS	
	Aguilha desc. 25 x 7			Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
03	Aguilha desc. 28 x 28	40X1/2		() Serra	() Eletrocautério
	Aguilha desc. 3 x 4,5	05		() Desfibrilador	() Oxicardiôgrafo
01	Aguilha p/ raque nº 27-5	03		() Foco Frontal	() Cardiomonitor
01	Álcool de Esterilização	02		() Fente de Luz	() Perfurador Elétrico
	Álcool Iodado ml	02			
04	Aladuras de Crepon	18 PNT	2m		
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.	01			
	Benzina ml				

GOVERNO
DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Lote: 001235 Cód: F087203
SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSEIA
SARTORI - LINERX TIBIA T
250 - ESTERIL
Fab: 17/08/2018 Val: 08/2021
Registro Anvisa N° 8008365031
300
MATERIAL ACO INOX/ALUMINIO
Luis Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.621/0001-00 - Rio Claro - SP
Tel: +55 19 3338-1910 Info:@sartoriori.com.br

Lote: 004125 Cód: AF535 6 680
FIO INTRAMEDULAR OSSEO - R
XOX 4,5 X 200 XT

Fab: 09/10/2018 Val: 11/01/2025
Registro Anvisa N° 8008365026

MATERIAL ACO INOX 130

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

LEONEL SANTOS

CPF: 621.111.111-11

MOD 066



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

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Suelio Moreira Torres
Silva PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 392.7 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 23 / 03 / 89 A 08 / 04 / 89 NECESSITANDO DE
90 (NOVENTA) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 08 / 04 / 89

Ass. do Médico
Dr. Wagner L. Fagotto de Araújo
MR. ORTOPEDIA - RADICULOGIA
CRM - PB 3928

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060

