



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**


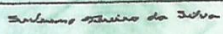
Justiça gratuita? **NÃO**

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	Tipo
31837 167	26/06/2020 12:40	2729850_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME SEVERINO PEREIRA DA SILVA	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF 491966 SSP PB
	CPF 250.739.154-53
	DATA NASCIMENTO 15/04/1958
	FILIAÇÃO JOSE PEREIRA DA SILVA ANAIZA TAVARES DA SILVA
PERMISSÃO ACC CALHAIA AB	
Nº REGISTRO 06300024837	
VALIDADE 14/04/2019	
1ª HABILITAÇÃO 10/02/2015	
OBSERVAÇÕES	
	
ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL CAMPINA GRANDE, PB	DATA EMISSÃO 22/02/2016
Assinatura do Emissor Arilson Chaves Sousa 78550186693 PB032164700	
DETRAN - PB (PARAIBA)	



Ruimador

Itaucard

Consulte sua fatura na internet
ou nos caixas eletrônicas do Itaú



CTC RECIFE PE PL8



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

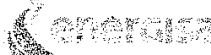
Comprovante de residência



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



SEVERINO PEREIRA DA SILVA
SIT LAGOA DO JUCA, S/N - AREA RURAL
QUEMADAS / PB CEP 58475000 (43 431)



Localidade: MONOFÁSICO BR230 - KM 158 - Alça Sudeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700
Distrito: RUA MTC 82 / RURAL - AGROPECUARIA RURAL CNPJ 08.526.596/0001-95 Insc. Est. 16.003.539-1
Roteiro: 17 - 453 - 323 - 6740 Referência: Mai / 2019
Medidor: A1975072277 Emissão: 28/05/2019 Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº003.830.935
Cód. para Dtb. Automática: 00001009316

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 023 0196 - Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Mai / 2019 28/05/2019 27/06/2019 250.739.154-53

UC (Unidade Consumidora) 4/100931-5

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 28/04/19 Leitura: 15952	Data: 28/05/19 Leitura: 16005	1	51	32

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Cat. Alq.	Ícone (R\$)	Base Dcto	Por (R\$)	Cofins (R\$)
		Tributos Totais (R\$)		ICMS (R\$)		PIS/COFINS (R\$)		(1.000%) (4.850000%)	
0601	Consumo em kWh	51,007	0,556420	28,47	28,47	25	7,11	28,47	0,30
0601	Adic. E. Amarela			0,65	0,65	25	0,18	0,65	0,01
0610	Subsídio			5,99	5,99	25	2,25	5,99	0,09
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			2,37	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0606	Devolução Subsídio			-6,21	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 40,27 36,11 9,52 36,11 0,40 1,26
Taxes e Tributos 0,395610

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
42 04/06/2019 R\$ 40,27

Histórico de Consumo (kWh)

50	50	51	45	46	54	47	47	48	46	45	49
Mai/19	Jun/19	Jul/19	Agô/19	Set/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Abr/19

5c5b.5943.a181.0989.586d.f885.ffeb.3f9e.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL		Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIMENSIONAL	11,18	0,00	NOMINAL 220	Serviços de Dist. de Energia	6,47	16,06
DIC TRIMESTRAL	22,32			Compra de Energia	10,82	26,87
DIC ANUAL	44,65		CONTRATADA LIMITE INFERIOR 220	Serviço de Transmissão	1,37	3,40
DIC MENSAL	11,18	0,00		Encargos Selecionados	1,46	3,63
FIS TRIMESTRAL	30,80		LIMITE SUPERIOR 220	Impostos Diretos e Encargos	20,15	50,04
FIS ANUAL	61,60			Outros Serviços	0,00	0,00
DIMC	8,08	0,00		Total	40,27	100,00
DICR	16,16			Valores E-USD (Ref. 3/2019) R\$9,11		

ATENÇÃO Faturas em atraso
Subvenção DEC 7.831/19 R\$ 6,21

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02957.450006 00145.403176 7 79100000004027

PAGADOR SEVERINO PEREIRA DA SILVA - CPF/CNPJ 250.739.154-53
SIT LAGOA DO JUCA, S/N - AREA RURAL - QUEMADAS / PB CEP 58475000

Nosso Nr.	Nr. Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
23574500000145403	000100931201905	04/06/2019	R\$ 40,27	

RECEBIMENTO ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.526.596/0001-95
BR 230 - KM 153 - Alça Sudeste - Três Irmãs - Campina Grande / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do beneficiário: 3064-3/2057-5





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

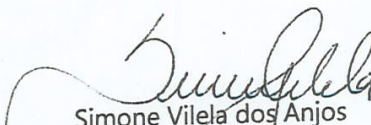
RECEBIDO

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, **Belª. 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 Zezé 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, dato 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 Assembleia, 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.





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 de 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

Pag. 01975/01976 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 15627755



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 ASI: _____ CPF da vítima: 250.738.154-53 Nome completo da vítima: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

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

Nome completo: SEVERINO PEREIRA DA SILVA CPF: 250.738.154-53

Profissão: AGRICULTOR Endereço: SÍTIO LAGOA DO JUA Número: _____ Complemento: _____

Bairro: ZONA RURAL Cidade: QUEIMADAS Estado: PARÁIBA CEP: 58475-000

E-mail: abj.cg.pl@gmail.com Tel.(DDD): _____

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

REND MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 0508 8 CONTA: 5.845- 9

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: QUEIMADAS - PB 26/08/2019

Nome: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

CPF: 250.738.154-53

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

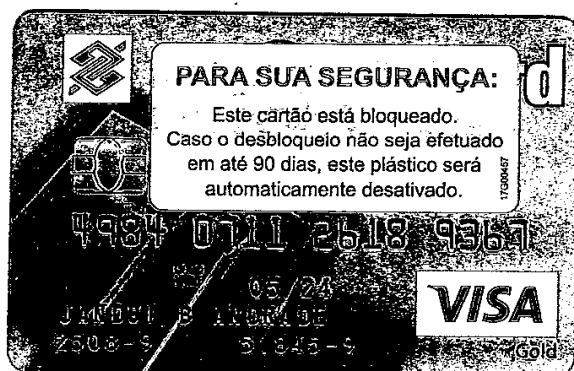
CPF: _____

Assinatura

(*) 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





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, contatos 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, contatos 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

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Cristina Limeira Alves



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

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Cristina Limeira Alves



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

SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Cristina Limeira Alves





ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA

Dr. Janduí Barbosa de Andrade
Dr. Márcio Maciel Bandeira
Dr. Hewerton Dantas de Carvalho
Dr. Jefferson Almeida de Souto
Dr. Edigênio 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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 08 RENAVAM 2019 00184417004 EXERCÍCIO: 2019

1 0091204801-8 00/00000000 2019

NOME: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

OFF / CNPJ: 25073915453 PLACA: MNQ8733/PB

FLACA ANT / UF: NOVO PB CHASSI: 9C2KD03307R031218

ESPÉCIE TIPO: PAS / MOTOCICLETA / NAO APLIC COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA / NXR150 BROS ES ANO FAB: 2007 ANO MOD: 2007

CAP / POT / OIL: 2 P/149 / CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 00/00/0000 1º VENC / COTAS: 1º

PARA IRVA: 0 PARCELAMENTO / COTAS: 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$): 0 COTA ÚNICA: 3º

PREMIO TOTAL (R\$): 0 DATA DE PAGAMENTO: 08/03/2019

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

OBSERVAÇÕES: 0

QUEIMADAS - PB LOCAL: 33375 DATA: 08/03/2019 9393

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PS Nº 014797753516 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 08/03/2019

VIA 1 25073915453 OF / CNPJ: MNQ8733/PB

RENAVAM: 0091204801-8 MARCA / MODELO: HONDA / NXR150 BROS ES

ANO FAB: 2007 ANO MOD: 2007

CHASSI: 9C2KD03307R031218

PREMIO TARIFARIO: 0 COTA ÚNICA: 1º

PARA IRVA: 0 PARCELAMENTO / COTAS: 2º

PREMIO TOTAL (R\$): 0 DATA DE PAGAMENTO: 08/03/2019

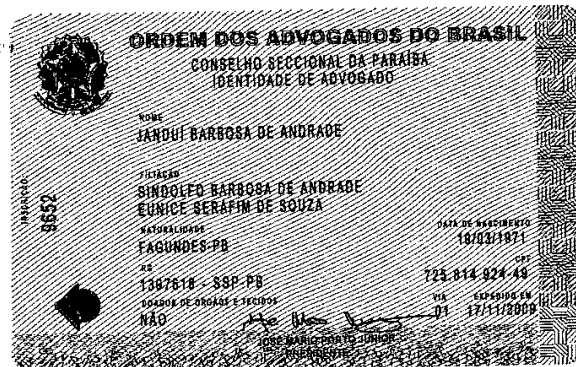
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

OBSERVAÇÕES: 0

QUEIMADAS - PB LOCAL: 33375 DATA: 08/03/2019 9393

DUT







NOME: <u>Silvia Maria Pereira da Silva</u>		SEXO: (X) M () F	IDADE:
NÚMERO DA OCORRÊNCIA: <u>3763394</u>	CIDADE: <u>Guimarães</u>	LOCAL DA OCORRÊNCIA: <u>Distrito</u>	
DATA: <u>03-03-2019</u>	HORA: <u>09:56</u>	ALERGIAS: <u>neg</u>	
MEDICAÇÃO EM USO:		ANTECEDENTES:	
MÉDICO REGULADOR: <u>Dr. R. R.</u>	MÉDICO USA:	USA: ()	USB: (X) <u>40</u>
ENFERMEIRO(A): <u>Andréia Alen Gomes</u>		COREN nº <u>412.037</u>	
TÉC. DE ENFERMAGEM: <u>Alf. M. S.</u>		COREN nº <u>1224976</u>	
CONDUTOR: <u>Neurológico</u>			
TIPO DE AGRAVO:			
<input type="checkbox"/> Acidente de motocicleta <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> Quase afogamento/Afogamento			
<input checked="" 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 andaime			
<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: <u>edipão embus a moto</u>			
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: () Anisocóricas <input checked="" type="checkbox"/> Arreagentes <input checked="" type="checkbox"/> Fotoreagentes <input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas () Midriáticas () 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 (5) Orientado	
RESPOSTA MOTORA:		(1) Não reage (2) Reage a dor com extensão (3) Reage com flexão anormal (4) Flexão normal	
TOTAL: <u>15</u>		(5) Localiza a dor (6) Obedece às ordens e movimentos espontâneos	
PELE:			
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Normocorada			
SISTEMA CARDIOVASCULAR: () Bradicárdio () Hipertenso () Hipotenso <input checked="" type="checkbox"/> Normocárdio <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso			
SINAIS VITAIS: VAA: <input checked="" type="checkbox"/> Livre () Obstruída		RESPIRAÇÃO: () >30rpm (X) <30rpm PA: <u>120 x 80</u>	
PULSO RADIAL: <input checked="" type="checkbox"/> Presente () Ausente		Glicemia: <u>163</u> mg/dl FC: <u>79</u> /SAT O ₂ : <u>98%</u> T. Axilar:	
EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: () Abortamento () Hemorragia Vaginal () Trabalho de parto () Outros:			
TERAPÊUTICA/MEDICAMENTOS (prescrição por telemedicina): <u>Sono 20mg Ketate 100mg + 2 doses</u>			
SISTEMATIZAÇÃO DE ENFERMAGEM (diagnóstico):			
<input checked="" 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 checked="" 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 VAA <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:			
<u>Recebido no Dr. Antônio Gondim</u>			
<u>11. Treinamento C.C. - 08.03.2019</u>			



ANOTAÇÕES

ANOTAÇÕES DO(A) ENFERMEIRO(A)

Paciente vítima de colisão entre o carro e moto, o mesmo estava na moto sentada que estava sem capacete, mas no momento da colisão, estava sem capacete. Alargou os braços e pernas e dormiu, não deu uma resposta rápida no nível de consciência direito e provavelmente foi com lesão de nível de consciência direito, realizou imobilização local e protocolo de trauma, e depois afetuado, remanescente de um piec hipotônico, encaminhado, encaminhado para unidade de emergência e no encaminhamento ao Hospital de Trauma de Campinas.


Anaclara Alves G. de Almeida
COREN 417.015
ENFERMEIRA

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

Paciente vítima de colisão entre o carro e moto, estava na moto, "SFC" estava sem capacete, no momento da colisão estava sem capacete. Alargou os braços e pernas, apresentando lesão exposta na região do tornozelo direito e provavelmente lesão no pé esquerdo. Feito imobilização e encaminhado para Hospital de Trauma, Campinas. Grato.




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 - Nº DO PRONTUÁRIO 1859239	
7 - CARTÃO DO SUS 705007443032558	8 - DATA DE NASCIMENTO 15/04/1958
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> M Fem <input type="checkbox"/> F	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ANAIZA TAVARES DA SILVA	11 - TELEFONE DE CONTATO DDD 83 Nº de Telefone 91572635
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) SÍTIO LAGOA DE JUCA, 0, ZONA RURAL	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Queimadas	14 - CÓDIGO MUNICÍPIO 251250
15 - UF PB	16 - CEP 58475000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paralela vítima de acidente de moto com fratura no pé esquerdo e ferimento no pé direito.</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 + Rax - X</i>
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura luxação do talus @ Exata</i>
21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARATER DA INTERNAÇÃO 02
28 - DOCUMENTO (X) CNS () CPF	29 - Nº DO 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 (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <div style="text-align: right;">  ANTONIO DE SA BARRETO GONDIM NETO <small>CRM - PB 9121</small> </div>	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ORGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: Severino Ferreira de Silva DN 15.04.1958						GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO	HISTÓRIA DE ESTADO DA SAÚDE		
		Sus	60 anos	18.591.39			
CIRURGIA: Plastrão Abdominal				CIRURGIÃO: Dr. André + Dr. Elton			
ANESTESIA: Raquia				ANESTESIA: Dr. Ricardo			
INSTRUMENTADORA: Ana		DATA: 03-04-19	INÍCIO: 13:40	FIM: 15:50			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Boia Colostoma	Qtd.	FIOS		CÓDIGO
	Adrenalina amp.		Catet. p/ Óxg.		Catgut cromado Sertix		
	Atropina amp.		Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix		
	Diazepam amp.		Compressa Grande		Catgut cromado Sertix		
	Dimore amp.		Compressa Pequena		Catgut Simples		
	Dolanina amp.		Cotonoide		Catgut Simples Sertix		
	Efrane ml		Dreno		Catgut Simples Sertix		
	Fenegan amp.		Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix		
	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso		
	Inova ml		Dreno Pezzer nº		Ethibond		
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
01	Mecaina 02 % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond		
	Nubupropina		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix		
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix		
	Protigmine amp.		Espadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutapak		
	Protoxido I/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutapak		
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardíaca		
	Rapifen amp.		H ₂ O ₂ ml		Mononylon		
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	04	Mononylon 2.0		
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix		
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix		
02	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix		
02	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix		
02	Dipirona amp.		Luvas 7.0	02	Vicryl Sertix 1		
03	Flaxidol amp.		Luvas 7.5		Vicryl Sertix		
	Flebocortid amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix		
	Geramicina amp.		Luvas 8.5				
	Glicose amp.		Oxigênio I/m				
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix				
	Haemacel ml.		PVPI Degemante ml				
	Heparema ml.		PVPI Tópico ml.	Qtd.	SOROS		
	Kanakion amp.		Sabão Antisséptico		SG Normotérmico fr 500 ml		
	Lasix amp.		Saco coletor p/ urina		SG Gelado fr 500 ml		
	Medrotilnazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml		
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml	01	SG Ringr fr 500 ml		
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	03	SG F 500 ml		
	Revivan amp.		Sonda				
	Stuptanon amp.		Sonda folley	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE		
	Cefalotina 1g		Sonda Nasogátrica				
			Sonda Uretral nº				
			Sterydrem ml				
			Torneirinha				
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml				
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18				
	Agulha desc. 28 x 28		Latese				
	Agulha desc. 3 x 4,5						
01	Agulha p/ raque nº 25						
05	Álcool de Enfermagem 70%						
	Álcool Iodado ml						
04	Ataduras de Crepon 15						
	Ataduras de Gessada						
	Azul metileno amp.						
	Benzina ml						

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Dr. Suelio Moreira Torres
 DE ENF. RANALIA
 GOREN - PB 709.721

MOD 056

03/04/2019

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: 08.778.268/0
Data: 03/04/2019



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Número do Prontuário: 131429

DATA DA CIRURGIA: 31/12/1969

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

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: SEVERINO PEREIRA DA SILVA

Data da Internação: 23/03/2019

Atendimento: 1859239

Diagnostico Pré-Operatório: FRATURA PL

Diagnostico 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 ANTISSEPISIA
03-COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRURGICOS ESTÉREIS
04-INCISÃO EM FACE ANTERO MEDIAL E LATERAL DE PÉRNA DIREITA + DISSECÇÃO
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. "ATOLOGIA"
CRM - PR 4926



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:		GOVERNO DA PARAIBA			
QI		LEITE	CONVÊNIO	IDADE	REGISTRO
		SUS		60 anos	1859470
CIRURGIA	Cirurgia de emergência da sílula DN-13/04/1958				
ANESTESIA	Dr. Wagner				
INSTRUMENTADORA	Dr. Shidduer				
DATA	23/03/19				
INÍCIO	14:00				
FIM	14:50				
Qt.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qt.	FIOS	
	Adrenalina amp.	Calel. pl Oxo.		Catgut cromado Sertix	
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix	
OL	Dimora amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolanina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix	
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Catgut Simples Sertix	
	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera pl osso	
	Inova ml	Dreno Pezzer nº		Ethibond	
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
OJ	Mercaina	Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubain amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Sertix	
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Sertix	
	Protigmine amp.	Esparadrapo Larco cm		Fio de Algodrão Sutapak	
	Protoxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutapak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fila cardiaca	
	Rapifen amp.	H.O. ml	OJ	Mononylon nº 3-0	
	Thionembatal ml	Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrüm amp.	Intracath Infantil		Prolene Serfix	
Qt.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serfix	
OJ	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serfix	
OJ	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serfix	
OJ	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Serfix	
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serfix	
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serfix	
	Geramicina amp.	Luvas 8.5			
	Glicose amp.	Oxigênio l/m			
	Glucun de Cálcio amp.	Poliflix			
	Haemacel ml.	PVPI Degemante ml			
	Heparema ml.	PVPI Tópico ml.	Qt.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antisséptico	OJ	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml	OJ	SG Ringir fr 500 ml	
	Prolamina	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda		30 cent SF pl larca	
	Stupianon amp.	Sonda folley	Qt.	ORTESE E PROTESE	
	Cefalotiga 1g	Sonda Nasogática	OJ	sist de drenagem para sítio	
OJ	Alclara Xona	Sonda Uretral nº		line fix pl 4 Luis	
OJ	nausea de en	Sterydrem ml		pina intra medular eise	
Qt.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Torneirinha			
	Aguilha desc. 25 x 7	Vaselina ml			
OJ	Aguilha desc. 28 x 28	Gelcon 18	OJ	plano de drenagem nº 2.5	
	Aguilha desc. 3 x 4.5	Latege			
OJ	Aguilha pl raque nº 2.5	Equipamentos			
OJ	Alcool de Enfiagem	Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar		
OJ	Alcool Iodado ml	() Serra	() Eletrocautério		
OJ	Ataduras de Crepon	() Desfibrilador	() Oxiciopógrafo		
OJ	Ataduras de Gessada	() Foco Frontar	() Cardiomonitor		
	Azul metileno amp.	() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico		
	Benzina ml				

CIRCULANTE RESPONSÁVEL





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): Sérgio Pereira da Silva
PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____
SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 392.2 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 23 / 03 / 19 A 08 / 04 / 19 NECESSITANDO DE
90 (NOVENTA) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 08 / 04 / 19

Ass. do Médico Edito de Araújo
Dr. Wagner
MR. ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM - PB 89284

AUTORIZAÇÃO

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

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060

