



Número: **0801136-92.2018.8.15.0351**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **13/09/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO (AUTOR)		MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33162875	12/08/2020 22:03	Petição	Petição
33162879	12/08/2020 22:03	2737533_JUNTADA_DE_DOCS_01	Outros Documentos
33162887	12/08/2020 22:03	2737533_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAPE/PB

Processo: 08011369220188150351

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SAPE, 11 de agosto de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 22:03:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081222034836900000031743918>
Número do documento: 20081222034836900000031743918

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180128884 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO JOSE DE SOUZA II **Data do acidente:** 16/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO
NEUROPRAXIA RADIAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180128884 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO JOSE DE SOUZA II **Data do acidente:** 16/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO
NEUROPRAXIA RADIAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Karla Souza



Rio de Janeiro, 22 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOSE DE SOUZA II

Nº Sinistro: 3180128884

Vitima: JOAO JOSE DE SOUZA II

Data do Acidente: 16/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180128884**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12557377

Pag. 01325/01326 - carta_01 - INVALIDEZ



00020663



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOSE DE SOUZA II

Nº Sinistro: 3180128884

Vítima: JOAO JOSE DE SOUZA II

Data do Acidente: 16/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180128884**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00213/00214 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12563776



Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOSE DE SOUZA II

Nº Sinistro: 3180128884

Vítima: JOAO JOSE DE SOUZA II

Data do Acidente: 16/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180128884**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00397/00398 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12939260



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOAO JOSE DE SOUZA II

Nº Sinistro: 3180128884

Vítima: JOAO JOSE DE SOUZA II

Data do Acidente: 16/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180128884**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00537/00538 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13162427



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: CPF da Vítima: 094.393.364-12 Nome completo da vítima: João José de Souza Segundo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: <u>João José de Souza Segundo</u>		CPF titular da conta: <u>094-393.364-12</u>	Profissão: <u>Vendedor</u>
Endereço: <u>Rua José Lopes de Gusmão</u>		Número: <u>99</u>	Complemento: <input type="text"/>
Bairro: <u>Romão Ribeiro</u>	Cidade: <u>Sapir</u>	Estado: <u>PI</u>	CEP: <u>58340-000</u>
Email: <input type="text"/>		Telefone (DDD): <input type="text"/>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome: <u>Banco</u>	NFO: <input type="text"/>
AGÊNCIA NFO: <u>2159</u>	D/V: <u>8</u>
CONTA NFO: <u>21470</u>	D/V: <u>1</u>

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João José de Souza Segundo, 15 de Fevereiro de 2016
Local e Data

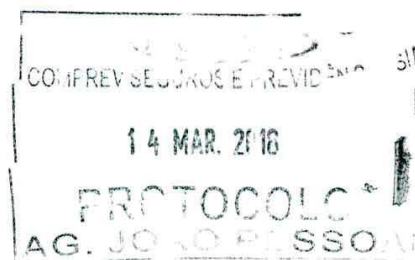
14 MAR 2016
PROTOCOLADO
AG. JO. SOUZA
SUSO

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO

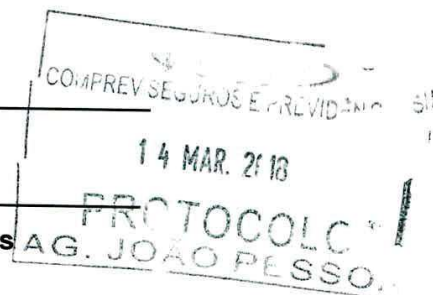
REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 374/2018

Aos VINTE E OITO dias do mês de FEVEREIRO do ano de dois mil e DEZESSETE, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 09h30min; compareceu ; **JOÃO JOSÉ DE SOUZA SEGUNDO. Com 27 anos**, nascido aos 21/06/90, brasileiro, solteiro, vendedor externo, natural de Alagoa Grande/PB, RG. 3.482.483 2 via- **SSP/PB**, filho de João José de Souza e de Maria Lucia de Andrade, residente na rua José Lopes de Gusmão-89- Bairro Renato Ribeiro-Sapé/PB. (Tel: 993494900) **O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 16/09/2017, aproximadamente umas 16;30m, no Sítio Talmatá- zona rural de Mari, o mesmo trafegava em um bagageiro de UMA MOTO DE MARCA HONDA/NXR150 BROS ES, ANO 2014, DE PLACA QFK3267/PB, CHASSÍ 9C2KD0550ER232034 de propriedade da Empresa NOVO RUMO MOTOR, E PEÇAS LTDA.QUE o condutor da Moto senhor MARCOS VINICIUS CHACON DE PAULO, RG:4220714-SSDS/PB, ao passar em um trecho de areia mais fina, se descontrolou com a Moto derrapando e ambos caiu ao solo; QUE o declarante fora socorrido por seu Supervisor da Empresa José Ricardo, para o Hospital desta Cidade e posteriormente encaminhado para o Hospital de Trauma na Capital. QUE sofrera lesões conforme Laudos nesta DP. Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.**

.DECLARANTE:

ESCRIVÃ POLICIA;

Cezarina Maria Araujo de Medeiros





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 374/2018

Aos VINTE E OITO dias do mês de FEVEREIRO do ano de dois mil e DEZOITO, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 09h30min; compareceu ; **JOÃO JOSÉ DE SOUZA SEGUNDO**, Com 27 anos, nascido aos 21/06/90, brasileiro, solteiro, vendedor externo, natural de Alagoa Grande/PB, RG. 3.482.483 2 via- **SSP/PB**, filho de João José de Souza e de Maria Lucia de Andrade, residente na rua José Lopes de Gusmão-89- Bairro Renato Ribeiro-Sapé/PB. (Tel: 993494900) **O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE** no dia 16/09/2017, aproximadamente umas 16:30m, no Sítio Talmatá- zona rural de Mari, o mesmo trafegava em um bagageiro de **UMA MOTO DE MARCA HONDA/NXR150 BROS ES, ANO 2014, DE PLACA QFK3267/PB, CHASSÍ 9C2KD0550ER232034** de propriedade da Empresa **NOVO RUMO MOTOR, E PEÇAS LTDA.QUE** o condutor da Moto senhor **MARCOS VINICIUS CHACON DE PAULO, RG:4220714-SSDS/PB**, ao passar em um trecho de areia mais fina, se descontrolou com a Moto derrapando e ambos caiu ao solo; **QUE o declarante fora socorrido por seu Supervisor da Empresa José Ricardo, para o Hospital desta Cidade e posteriormente encaminhado para o Hospital de Trauma na Capital. QUE sofrera lesões conforme Laudos nesta DP.** Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

.DECLARANTE:

ESCRIVÃ POLÍCIA:

Cezarina Maria Araujo de Medeiros



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima João José de Souza Segundo CPF da Vítima 094.393.364-12 Data do Acidente 16/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

14 MAR. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA

Sapi 15 de Fevereiro de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI 001 V001/2017



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO JOSE DE SOUZA II

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02159-8

CONTA: 000000021470-1

Nr. Autenticação

BRADESCO2908201805000000000023702159000000021470236250 PAGO

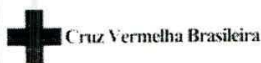


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 22:03:50

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081222034945900000031744375>

Número do documento: 20081222034945900000031744375

Ata declaratório



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1027995



Identificação do paciente

ID 1211027	Nome JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO	Sexo Masculino
Data de nascimento 21/06/1990	Idade 27 anos 2 meses 26 dias	Estado civil Religião Prontuário
Mãe MARIA LUCIA DE ANDRADE OLIVEIRA	Pai JOAO JOSE DE SOUZA	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA IVANEIDE DE ANDRADE	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 91679850	DDD Fixo Fone Fixo
Tipo documento	Número documento 704800554850648	
Local de procedência SAPE	Tipo MUNICIPIO	UF PB
Email	Naturalidade	CBO/R

Endereço

CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro HUGO DE OLIVEIRA LINS
Número 53	Complemento	Bairro RENATO RIBEIRO	

Admissão

Data e Hora 16/09/2017 20:33:33	Número da pulseira 1000005988210	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos
Paciente vítima de queda de
muito, sugo H&S, D41

Diagnóstico	CID
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	Tempo 33seg

Imprimir

COMPREV SEGURANÇA E PROVIDÊNCIA

14 MAR. 2018

PROTOCOLC
AG. JOAO PESS

16/09/2017 20:31



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 22:03:50

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081222034945900000031744375>

Número do documento: 20081222034945900000031744375

Num. 33162887 - Pág. 13

MARIA LUCIA DE ANDRADE OLIVEIRA
RUA JOSE LOPES DE GUSMAO, 59 - RENATO RIBEIRO
SAPE / PB CEP: 58340000 (AG: 51)

Emissão: 28/09/2017 Referência: Set / 2017
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br230, Km 25 - Orlado Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-698
Roteiro: 17 - 51 - 170 - 3820 Nº medidor: 00000748172

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.065.193/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-4

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 001.314.196
Cód. para Débito Automático: 00005930151

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

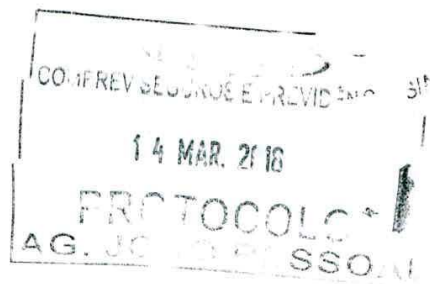
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Set / 2017	28/09/2017	30/10/2017	60175834415 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/593015-1

Canal de contato

Ao acessar www.energisa.com.br você resolve tudo o que precisa com agilidade e facilidade. São vários serviços disponíveis, como: segunda via da conta, mudança de titularidade, reatuação, consulta a débitos, entre outros.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
28/08/17	33036	28/09/17	33119	1	83	30
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa /	Valor Base Calc. Adq. Item (R\$)	Base Calc. Por (R\$)	Cofine (R\$)
				Tributos Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS	Por Cofine (R\$) (0.4582%) (2.1106%)	
0601	Consumo em kWh	83,000	0,882850	58,87 58,87 25	14,16 58,87 0,26	1,20
0801	Adic. B. Vermelha			0,20 0,20 25	0,05 0,20 0,00	0,00
0801	Adic. B. Amarela			2,15 2,15 25	0,54 2,15 0,01	0,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			8,16 0,00 0	0,00 0,00 0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 09/2017			0,35 0,00 0	0,00 0,00 0,00	0,00
0805	MULTA 09/2017			1,48 0,00 0	0,00 0,00 0,00	0,00



Claro S/A
Rua Henri Dunant, 780, Santo Amaro
CEP 04709-110 - São Paulo - SP
CNPJ - 40.432.544/0001-47

Fatura de Serviços Prestados - Detalhamento

Pág. 0001/0002



CTC RECIFE PE PL6
MARCELO LUCENA ADVOGADOS
R PROFESSOR OSWALDO DE MIRANDA PEREIRA 860
AN 1 SL 204
JOAO AGRIPIO
58034-128 JOAO PESSOA PB



01503993

Fatura Digital Faz um 21, mais praticidade e agilidade para você. Tenha acesso a sua conta do 21 de forma rápida e segura, sempre que quiser. Acesse fazum21.com.br/contaporemil e realize seu cadastro.

Visite nosso site www.fazum21.com.br, e acesse o detalhamento de sua fatura.

Mensagem Importante:
~~Reajustes nos valores das franquias e/ou tarifas que~~
passaram a vigorar no mês:
Pacote Dial 21 Basico DDD
Sobre o valor das tarifas: aumento de até 13,98%

CÓDIGO DA CONTA 198388919

SUA CONTA VENCE EM
24/11/2017

VALOR DA CONTA
R\$ 24,84

Seu Telefone: 83 30245995
mês de referência: (Classe: E)
data de emissão: Novembro/2017
nº da fatura: 12/11/2017
nº da nota fiscal: 0250104443326
cód. para débito automático: 000000821
198388919-5

① Você está em dia com a Embratel. Obrigado.

Resumo da sua Conta

Total dos Serviços (com descontos)

Total da Conta:

RS 24,84
RS 24,84

Resumo por telefone/cartão faturado

TEL FATURADO
8330245995
8330245995
SERVICO
DDD - Plano Basico
Total
Total do Resumo

CONFREVEL

14 MAR 2018

AG. JO. PROTOCOLADO

CHAMADA	DURAÇÃO	SIT	VALOR
12	00:39:52		24,84
14	00:39:52		24,84
14	00:39:52		24,84

DDD - Plano Basico

TEL. FATURADO	DESTINO/ÁREA LOCAL	TEL. DESTINO	DATA	HORA	DURAÇÃO	TARIFA	VALOR
83 30245995	Fixo / Fixo	83 32821019	11/10/2017	11:04:17	00:02:54	D2 Diferenciada	1,70
83 30245995	PILAR	83 32821019	17/10/2017	11:04:29	00:06:18	D2 Diferenciada	3,71
83 30245995	PILAR	83 32821019	20/10/2017	11:26:16	00:01:02	D2 Diferenciada	0,64
83 30245995	PILAR	83 32821019	31/10/2017	09:47:29	00:00:46	D2 Diferenciada	0,46
83 30245995	ITABAIANA	83 33010050	01/11/2017	10:09:33	00:00:39	D2 Diferenciada	0,40
83 30245995	ITABAIANA	11 42003003	01/11/2017	10:12:43	00:07:25	D2 Diferenciada	4,42
83 30245995	SÃO PAULO	83 33010050	04/11/2017	12:05:58	00:12:22	D4 Normal	7,44
83 30245995	SÃO PAULO	11 42003003	07/11/2017	12:19:04	00:00:52	D4 Normal	0,51
83 30245995	ITABAIANA	83 33010050	07/11/2017	09:44:20	00:00:20	D2 Diferenciada	0,28
83 30245995	ITABAIANA	83 33010050	07/11/2017	09:50:30	00:01:22	D2 Diferenciada	0,80

Pagável na rede bancária, correios e agentes lotéricos.
Para sua maior comodidade solicite o débito automático.



CÓDIGO DA CONTA
198388919

NÚMERO DA FATURA
0250104443326

DATA DE VENCIMENTO
24/11/2017

VALOR DA CONTA
R\$ 24,84



01503993* / 001 - 001

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Mercab Antonio R. de Lucena inscrito (a) no CPF/CNPJ 009.705.364 / 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João José de Souza Segundo inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.393.364 / 12, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima João José de Souza Segundo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.393.364 / 12, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

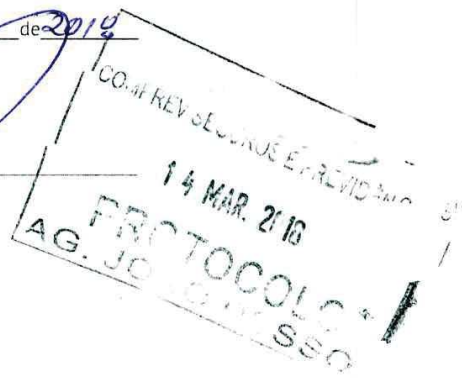
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. Prof. Oswaldo de Miranda Pereira</u>		Número <u>160</u>	Complemento <u>Sala 204</u>
Bairro <u>João Aguiar</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>59034-008</u>
Email <u>mercaboluena.cde@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(83) 999336083</u>	Telefone celular (DDD)	

João Pereira, 13 de março de 2014
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



DLDR.001 V001/2017





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 João José de Souza Segundo
DATA DE NASCIMENTO 21/06/90
NOME DA MÃE Maria Lucia de Andrade

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 104304
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1027995
DATA DO ATENDIMENTO 16/09/17
HORA DO ATENDIMENTO 20:33
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de úmero esquerdo
CID 10 S42.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, com queixa de dores em membro superior esquerdo, nega perda da consciência ou vômitos. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX braço e cotovelo E.

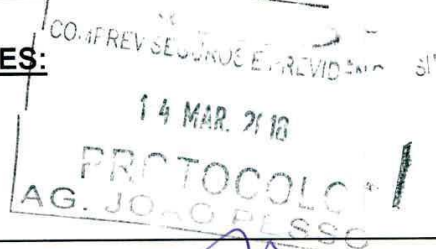
RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de úmero esquerdo

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de úmero esquerdo

ALTA HOSPITALAR: 23/09/17
DATA DA EMISSÃO: 06/02/18



Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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





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 JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO	BAE 1027995	Data/Hora Entrada 16/09/2017 20:33:33	Data Baixa
Data de nascimento 21/06/1990	Idade 27	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 91679850
Mãe MARIA LUCIA DE ANDRADE OLIVEIRA		CNS 704800554850648	Prontuário
Endereço HUGO DE OLIVEIRA LINS, 63	Bairro RENATO RIBEIRO	Município SAPE	UF PB
Acidente QUEDA/OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE VICTOR LOPES FERREIRA CUNHA	Nº Cons. Regional 11045/PB
Data/Hora Classificação 16/09/2017 20:33:33		Data/Hora Prescrição 16/09/2017 20:47:38	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO, REFERINDO DORES FORTE EM MSE. NEGA PERDA DE CONSCIENCIA OU VOMITOS. AO EXAME: DOR FORTE A MOBILIZAÇÃO DE MSE CD: SOLICITO RX DE MSE CETOPROFENO E DIPIRONA ALTA DA GERAL

MEDICAÇÃO

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: EM 100ML DE SF0,9%)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: COM AD)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COTOVELO ESQUERDO

RADIOGRAFIA DE BRACO ESQUERDO

CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro

Conduta

Em observação

JOSE VICTOR LOPES FERREIRA CUNHA
(11045/PB)

JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO

Victor L. A. Cunha
Médico Residente - Cirurgia Geral
CRM - PB 11045



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

Eleon
(Hospital de
Trauma)

18:15 PM

Nome do Paciente: Jonas José Sousa Data: 16/09/12
End.: _____
Bairro: _____ Cidade: Sapé
Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

ENCAMINHADO PARA: CUF
Cirurgia evolutiva ortopédica para
análise do rim esquerdo
por dor intensa em região hip-
pocômica, nos tarsos direitos
e esquerdos, por trauma humano

Medicamento Administrado

Do: 130/90 mmHg FC: 90 bpm. Sat. 95%
Referenciado para: 170 cm. Encaminhado para Trau-
ma

Contra referência

Motivo: Malária e Complicações Traumatológicas
Contra referência para: _____

14 MAR. 2016

PROTOCOLADO

Dr. Marcelo S. de Castro
Médico
CRM: 8597 PB

RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEE:SHL

Nome: João José de S. Siqueira BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 22/09/17
 Clínica/Setor: Ortop EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: _____
 Cirurgião: Dr. José Rodrigues 1º Assistente: Dr. Frederico
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fx leuor distal E</u>	
<u>+</u>	
<u>Neuromodip Radial</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Osteosintese</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

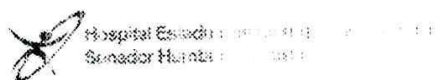
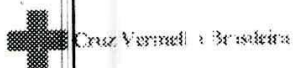
Médico/CRM: _____

Dr. Matheus Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9456

João Pessoa, 22/09/17

F(NG).ASCIR.009-I





INTERNO, S/N -
CNES: 454550 - Tel:

Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO
RABELO

Em: 18/09/2017 07:18:40

Paciente	JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO		Boletim de Atendimento	1027995	Data/Hora Saída
Data de nascimento	21/06/1990	Idade	27	Sexo	Masculino
Tempo de Internação	1d 8h 49min	Convênio	SUS	Prontuário	104334
				Plantão	DIURNO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO) - 18/09/2017 18:42

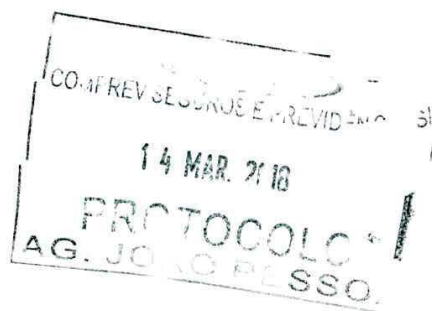
EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM FRATURA DIÁFISE ÚMERO E; EVOLUINDO BEM;
CD: AGUARDA EXAMES.

Localização: ÁREA LARANJEIRA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 14
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518



Paciente JOAO JOSE DE SOUZA SEGUNDO	Boletim de Atendimento 1027995	Data/Hora Entrada 16/09/2017 20:33:33	Data/Hora Saída
Data de nascimento 21/06/1990	Idade 27	Sexo Masculino	CNS 704800554850648
Tempo de Internação 11h 6min	Convênio SUS	Plantão DIURNO	Prontuário 104304

EVOLUÇÃO DO PACIENTE (FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA - 17/09/2017 09:35:35)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM FRATURA DIÁFISE ÚMERO E.; EVOLUINDO ESTÁVEL;
CD: AGUARDA EXAMES.

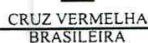
Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 14
Profissional responsável pela informação: FRANCISCO KARTNEY SARMENTO PEDROSA

Número Conselho: 5804

Dr. Kartney Sarmento
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804

CONFRESEUS E REVIDENC SI
14 MAR 2016
PROTOCOLC
AG. JOAO PESSO





NOME DO PACIENTE

Joos Jose

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
20/09/17	14:17	<p>Psicólogo</p> <p>Paciente evolui no momento consciente, orientado, emocionalmente estável, humil sem alterações. Realizado apoio psicológico.</p> <p><i>Guilherme de O. Mendes</i> F. Clínica Hospitalar Esp. Saúde em São José do Rio Preto CRM 140410</p>
23/09/17	17:21	<p>humil +</p> <p>Intubado de 24 ref +</p> <p>Alt hospitalar</p> <p><i>Dr. Nilvan da Silva Linhares</i> CRM: 5044-03/00.005044-4 Ortopedia e Traumatologia</p>
		<p>COM REV. SEUS F. REV. 31</p> <p>14 MAR 2018</p> <p>PROTOCOLADO</p> <p>AG. 10 10.35</p>

LSP





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RÉGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

HEFISH

Número: 00

Paciente: JOÃO JOSE DE SOUZA SEGUNDO

Procedimento: TRANS. Cirurg. FANT. DIATHESE DE UM BRACO

SUS: (X) Não SUS ()

N. Jico: DR. JOSE RODRIGUES + DR. FREDERICO

Prontuário: 1027995

Data: 22/09/17

Reposição: (X)

Data: / /

Caixa Pronta: /

DISPENSACÃO CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
B. BRAUN	CX. 4,5	01		
	CLARA 6F	01		
	PROST. CORTICAL Nº 26	05		
	11 11	01		

CONFREVISSE E PREVIDEN
14 MAR 2018
TESTOCOL
AG. JO. 1000

DISPENSACÃO - FARMÁCIA			
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	MARCA
B. BRAUN	PROST. CORTICAL Nº 26	02	

Dr. Mateus Trindade
Ortopedia e Traumatologia
CRM nº 9456

Dr. Ana Valéria C. da Silva
CRM nº 476.693

Mercia Chaves A. Oliveira
Assistente Social
CRM nº 91013

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

F(NG).APC.013-2

Nota de Sala Cirúrgica

B. BRUNN - AQUILA BLA 810X0 100mm - 02



FICHA DE ANESTESIA



DATA: 22/03/17

PRONTUÁRIO:

DATA: 22/03/17		PRONTUÁRIO:	
PACIENTE: Jôã José de Sousa Siqueira M	SEXO: M	COR: B2	IDADE: 27a
PRESSÃO ARTERIAL: 120/80	PULSO: 120	RESPIRAÇÃO: 18	TEMPERATURA: 37,6
ESTADO GERAL: () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	PESO: 115 kg	GRUPO SANGÜÍNEO: A	
EXAMES COMPLEMENTARES: Ns prontuário		RISCO CIRÚRGICO: () BOM () REGULAR () MAU () PÉSSIMO	
AP. RESPIRATÓRIO: nch		AP. CIRCULATÓRIO:	
AP. DIGESTIVO: sem	ESTADO MENTAL: c/s/cont	DROGAS EM USO:	
PRÉ-ANESTÉSICO DOSE/HORA: No.	ESTADO FÍSICO (ASA):		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de úmero esp. com lesão do radial			
CIRURGIA REALIZADA: Trat. cirúrgico c/ fixação			
CIRURGÃO: Jôã Roberto	AUXILIARES: Frederico		
INÍCIO DA ANESTESIA: 12:30	TÉRMINO DA ANESTESIA: 12:45	DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2h 15m	
ÍNDICE DO PROCEDIMENTO:	QUANT. DE CH.	VALORES RS:	
ANESTESISTA: Camilla Nobre	CPF:	CRM-PB: 5472	

[illegible]

TÉCNICA		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL	<input type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO
<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS		
LÍQUIDOS			
GLICOSE	1	Fenta 200ug	11
NACL	2	Dorminal 2,5g	12
SANGUE	3	Cefazolin 2,5g	13
RINGER	4	Adobex 2% 60ml	14
TOTAL	5	Morbuano 180g	15
DESTINO DO PACIENTE	6	Dedetiva 12g	16
<input type="checkbox"/> APT*	7	Estimine 25g	17
<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	8	Chloral 150mg	18
<input type="checkbox"/> UTI	9	Nauseid 8mg	19
<input type="checkbox"/> OUTROS	10	Diprione 20g	20
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES			
<p>51 queixas por dor a S.A.P. 7 P. 2-220 x 100</p> <p>PC = 1025p - SpO2 = 99%</p>			
		ASSINATURA DO ANESTESISTA:	





Visita Pré Anestésica

MOL

Anes

20/09/17 DATA

1027995

PRON

NOME DO PACIENTE:	JOÃO JOÃO DE SOUZA Siqueira	
Idade:	27 anos	Sexo:
Profissão:		
Patologia principal:	Fratura de antebraço de UNIL	
Cirurgia:	Procedimento de	Anestesia proposta: Raquianestesia

DIAGNÓSTICO DE RISCO	SEM RISCO	SEM RISCO
Dor no peito, angina? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
infarto? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressão alta? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sopro, febre reumática? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmia, taquicardia: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aos esforços: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Edema de MMII: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispneia de decúbito <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aos esforços: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma/bronquite: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tosse/chiado? (cor) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fumante: há <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desmaios, tonturas? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsões, espasmos, tremores? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fraqueza muscular, miopatia? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dor nas juntas, artrite, colagenose? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de coluna? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etilista social? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcôlato: há <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doença da tireóide? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mudança no hábito miccional? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modificação no apetite? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Queimadura, azia, H. de hiato, dor? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Náuseas, vômitos? (cor) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mudança no hábito intestinal? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alteração na cor das fezes? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perda de peso e dieta? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatite, icterícia, malária, Chagas? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangramento? (onde) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematomas/manchas roxas? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gripe, febre, recente? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está ou pode estar grávida? (DUM: / /) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tem problema de surdez, visão? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teve febre alta quando foi operado? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recebeu Transf. sangue? Há <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aceita transf. sangue numa emergência? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a drogas? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quadro clínico? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a pó, lã, odores, alimentos? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quadro clínico? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a derivado de borraça? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quadro clínico? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tratamento? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PARA CRIANÇAS (0-14 anos)		
A criança é prematura? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A criança tem de desenvolvimento? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A criança está gripada, c/ tosse, febre? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A criança tem outra doença? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES FAMILIARES DE:		
<input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> doença qvsc. <input type="checkbox"/> miops		
<input type="checkbox"/> Febre alta durante a anestesia? <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Problema durante a anestesia? <input type="checkbox"/>		
Qual? <input type="checkbox"/>		

Dados importantes da Anamnese e/ou EF	Cirurgias / Anestésias prévias / Complicações	Medicamentos (Dieta)
ORTOPEDIAS	QUIRURGA ORTÓPICA	ANALGÉSICOS

EXAME FÍSICO
Peso: 100 kg PA: 120/80 mmHg
Coração/des: sup/bas/diapa/taquip. cardíaco/auscult. inferior/auscult. superior
Ausculta
Dentadura/prótese (inf/sup) (móvel/fixa)
Dentes
Abertura da boca. Normal?
Pericópio normal/curo
Exame/palpação do pescoço
Alimentado
Amputado 1 2 3 4 distância externo/mento: < 12,5 cm > 12,5

Anotar de preferência exames qm < 01 ano			
Exames Substâncias DATA: 16/09/17			
Hb= 13,2	Ht= 42,0	Glic= 79	Cr=
Na=	K=	TC=	TS=
Pla= 191.000			
Coagul. () Normal () Alterada	TT=	TP= 64	TTPA= 23,6
RX tórax (/ /)			
ECG (/ /)			
Avaliação clínica			

RETORNOS: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	Motivos: <input type="checkbox"/> Exames complementares <input type="checkbox"/> Examinado p/Clinica. Qual:
(VIDE VERSO)	

Se o paciente tiver Retorno(s) preencher "CONDUTA FINAL" e "PROBLEMAS GRAVES", APENAS após a liberação do Ambulatório	
CONDUTA FINAL:	<input type="checkbox"/> Liberado para cirurgia
	<input type="checkbox"/> Reavaliar na internação motivo(s):
	<input type="checkbox"/> Reavaliar na SO motivo(s):
	<input type="checkbox"/> NÃO LIBERADO P/QUIRURGA motivo(s):
DATA: / /	
PROBLEMAS GRAVES	

MÉDICO:	CRM:
---------	------

F(NG)ASCIR.027-1



Estado da Paraíba
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
Secretaria de Saúde

RECEITUÁRIO

NOME: João José de Souza Segundo

Declaro para os devidos fins que o paciente citado realizou tratamento fisioterapêutico no NASF Vicente Edmundo Rocco no período de 25 de Outubro de 2017 a 21 de março de 2018, totalizando 16 sessões. Paciente chegou com sequelas de fratura de úmero (542.3) e neuroplexia radial (544.2). O punho esquerdo se encontrava caído em flexão, sem força de flexores e extensores de punho. Também sentia dormência no primeiro e segundo dedos e antebraço esquerdo. Paciente evoluiu para força normal do antebraço esquerdo, apto a realizar as suas atividades laborais. Desse foi agradecido.

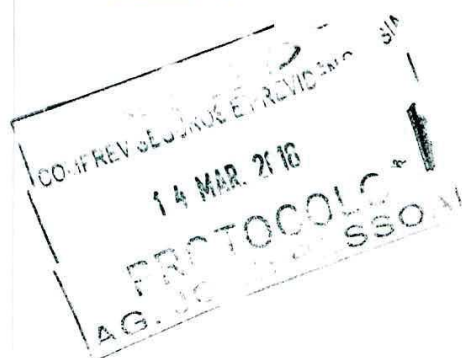
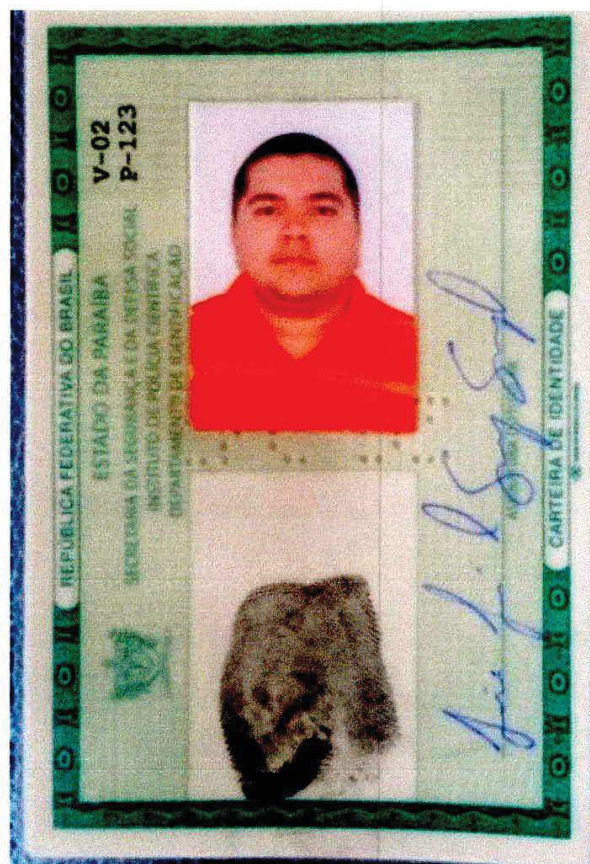
Jaíne Campos Vieira
Fisioterapeuta
CREFITO 226738-F

SAPÉ 10 / 08 / 18

CRM - CRO - COREN

Voltando à consulta trazer esta receita

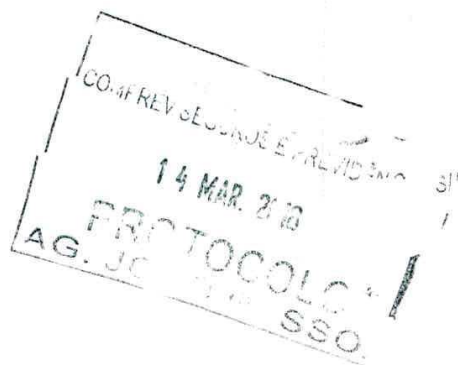
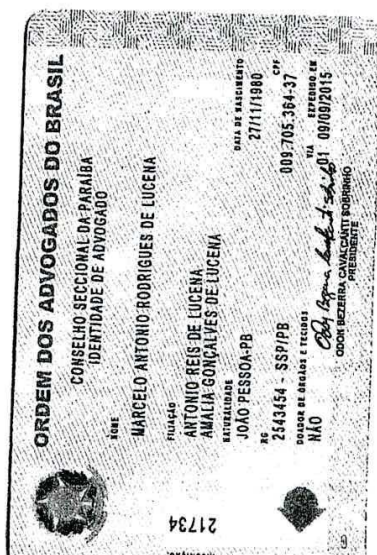




14 MAR. 2018
FOTOCOPIA
CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO
SIA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.482.483 -2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/03/2017
NOME	JOÃO JOSÉ DE SOUZA SEGUNDO
FILIAÇÃO	JOÃO JOSÉ DE SOUZA MARIA LUCIA DE ANDRADE
NATURALIDADE	ALAGOA GRANDE-PB
DOC ORIGEM	NASC.N.20932 FLS.182 LIV.A 21 CARTORIO ALAGOA GRANDE PB
CPF	094.393.364-12
Assinatura	Marcus A. B. Lessa Jr. 10/08/63
Assinatura	A +





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013221777000
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. REN. PRT 20170000302340-5 CICK
1 0105805139-0 00/00000000 201

NOME
NOVORUMO MOTOR E PECAS LTDA

CNPJ
05285282000134

PLACA
QFK3267/PB

PLACA ANT. UF CHASSI
NOVO PB 9C2KDO450ER232034

ESPECIE / TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLETA NÃO APILADA ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR150-BROS ES 2014 201

CAP. POT. / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI PARTIC FANTASIA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1ª VENC. / COTAS
00/00/0000

FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2ª
0

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
******* SEGURO PAGO 26/07/20**

OBSERVAÇÕES
**SEM RESERVA DE DOMINIO
VEIC. MODIFICADO RES. 25/98**

JOAO PESSOA PB DATA
14265 08/08/2016

14265

CO. IFREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
14 MAR. 2016
PROTOCOLADO
AG. JOAO PESSOA





Marcelo Lucena
ADVOCACIA & CONSULTORIA JURÍDICA

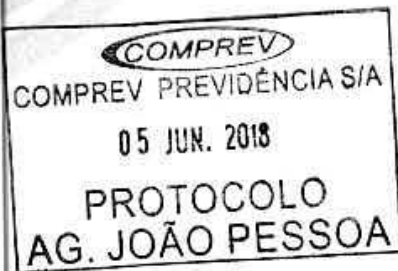
À
LIDER SEGURADORA

Eu, Marcelo Antônio Rodrigues de Lucena, advogado, CPF: 009.705.364-37, OAB 21734-PB, como procurado do Sr. João José de Souza Segundo, CPF: 094.393.364-12, Sinistro 318012884, venho por meio desta informar que o veículo motocicleta Honda/NXR150 BROS, ANO 2014, PLACA QFK3267/PB, CHASSI 9C2KD0550ER232034, pilotado por MARCOS VINÍCIUS CHACON DE PAULO, RG:422071-SSP/PB, onde o sinistrado vinha na garupa da respectiva moto, pertence a empresa onde trabalha, NOVO RUMO MOTOR PEÇAS LTDA, e a mesma se recusa a assinar a declaração de proprietário do veículo.


MARCELO ANTÔNIO RODRIGUES DE LUCENA

OAB 21734

João Pessoa, 01 de junho de 2018



À LÍDER SEGURADORA

Eu, JOÃO JOSÉ DE SOUZA SEGUNDO, CPF 094.393.364-12, sinistro 3180128884, venho por meio desta informar que o veículo motocicleta Honda/NXR150 BROS, ANO 2014, PLACA QFK3267/PB, CHASSI 9C2KD0550ER232034, pilotado por MARCOS VINICIUS CHACON DE PAULO, RG 4220714 - SSDS/PB, onde eu, o sinistrado, vinha na garupa da respectiva moto, pertence à empresa onde trabalho, NOVO RUMO MOTOR E PEÇAS LTDA, e a mesma se recusa a assinar a declaração de proprietário do veículo.


João José de Souza Segundo

 **Feliciano da Silva**
Serviço Notarial e Registral

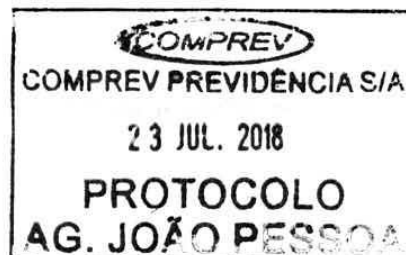
Rua Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746 - Centro - Sapé
Pernambuco - CEP 58340-000
Saverina Lúcia M. Feliciano da Silva
Tabelião

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:.....
JOÃO JOSÉ DE SOUZA SEGUNDO.....

Em test. da verdade. Sapé-PB: 21/06/2018 13:41:49
Maria de Lourdes Castro Gusmão - Escrevente
(2018-005163) EMUL: R\$ 19,48 FARPEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 1,90
SELO DIGITAL: ANCO0767-XXXX
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjbh.rrs.br>

CARTÓRIO ÚNICO
Saverina Lúcia M. Feliciano da Silva
Tabelião Substituto
Maria de Lourdes Castro Gusmão
Escrevente
Av. Com. Renato Ribeiro Coutinho, 1746
Fone: (33) 3283-2341/9313-3163
CEP 58340-000 - Sapé - PB

Sapé, 14 de junho de 2018





Marcelo Lucena
ADVOCACIA & CONSULTORIA JURÍDICA

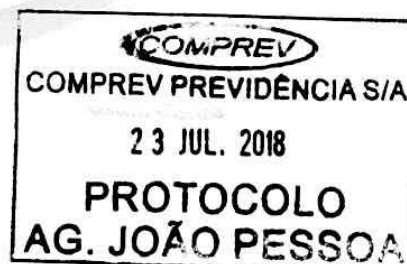
À
LIDER SEGURADORA

Eu, Marcelo Antônio Rodrigues de Lucena, advogado, CPF: 009.705.364-37, OAB 21734-PB, como procurado do Sr. João José de Souza Segundo, CPF: 094.393.364-12, Sinistro 318012884, venho por meio desta informar que o veículo motocicleta Honda/NXR150 BROS, ANO 2014, PLACA QFK3267/PB, CHASSI 9C2KD0550ER232034, pilotado por MARCOS VINICIUS CHACON DE PAULO, RG:4220711-SSP/PB, onde o sinistrado vinha na garupa da respectiva moto, pertence a empresa onde trabalha, NOVO RUMO MOTOR PEÇAS LTDA, e a mesma se recusa a assinar a declaração de proprietário do veículo.


MARCELO ANTÔNIO RODRIGUES DE LUCENA

OAB 21734

João Pessoa, 10 de Abril 2018



Rua Prof. Osvaldo de Miranda Pereira, 860, Edf. Jardim Luna Center, Sala 208, Jardim Luna, João Pessoa - PB
(83) 3023.0795 • (83) 99922.0997 • marcelolucena.adv@gmail.com



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/08/2020 22:03:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081222034945900000031744375>
Número do documento: 20081222034945900000031744375

Num. 33162887 - Pág. 35

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180128884 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO JOSE DE SOUZA II **Data do acidente:** 16/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: a

Resultados terapêuticos: a

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: João José de Souza Segundo
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro
 Profissão: vendedor
 Identidade: 3482.483 CPF: 054.393.364-12
 Endereço: João Lopes Guimarães n: 89, Gape, PB

OUTORGADO:

Nome: Marcelo Antonio Rodrigues de Azevedo
 Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Separado
 Profissão: Advogado
 Identidade: 217304 OAB-PB CPF: 009.705.364-37
 Endereço: R. Prof. Oswaldo de Azevedo Azevedo 260, sala 204

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a

João José de Souza Segundo

João José de Souza Segundo 15.02.2016
 Local e data

[Assinatura]
 Assinatura do Outorgante

(reconhecer firma por autenticidade)

14 MAR. 2016

PROTOCOLO

CARTÃO ÚNICO
 Severina Lucia M. Feliciano Sá
 Tabela Substituta
 Maria de Lourdes Castro Gusmão
 Escrevente
 Renata Ribeiro Coutinho, 1746
 41/9313-8163
 85.211.110-50 - São Paulo, SP
 15/02/2016 16:05:57
 Vândice Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente
 172018-0012921-PAI nº 19.08 FARENSE nº 28 FEP nº 1
 SELLO DIGITAL: 44.97258-5PW
 Confira a autenticidade em: https://sellos.tribunal.tjpb.jus.br

Feliciano da Silva
 Serviço Notarial e Registral

